الدكتور جمعة سيد يوسف

الوقاية من تعاطى المخدرات



الوقاية من تعاطى المخدرات

بين الواقع والمأمول

تأليف الدكتور

جمعة سيد يوسف

أستاذ علم النفس الإكلينيكى
كلية الآداب - جامعة القاهرة

الطبعة الثانية مزيدة ومنقحة

٢٠٠٣



الـكـتـاب : الوقاية من تعاطى المخدرات بين الواقع والمأمول

المؤلف : جمعة سيد يوسف

رقم الإيداع : ٢٠٠٣/١٧٧٥٦

تاريخ النشر : ٢٠٠٥

الترقيم الدولى : I. S. B. N. 977 - 215 - 747 - 0

الناشر : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع

شركة ذات مسئولية محدودة

الإدارة والمطابع : ١٢ شارع نوبار لاظوغلى (القاهرة)

ت : ٧٩٤٢٠٧٩ فاكس ٧٩٥٤٣٢٤

التوزيع : دار غريب ٣،١ شارع كامل صدقى الفجالة - القاهرة

ت ٥٩٠٢١٠٧ - ٥٩١٧٩٥٩

إدارة التسويق والمعرض الدائم : ١٢٨ شارع مصطفى النحاس مدينة نصر - الدور الأول

ت ٢٧٣٨١٤٢ - ٢٧٣٨١٤٣

قال تعالى :

﴿ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالأَنصَابُ وَالأَزْلامُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ * إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَن يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَن ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلاةِ فَهَلْ أَنتُم مُّنتَهُونَ ﴾

صدق الله العظيم

(المائدة : ٩٠ ، ٩١)

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الطبعة الثانية

تمر الأيام ، ويدور الزمن ، تختفى مشكلات ، وتظهر أخرى ، تتغير الاهتمامات وتتبدل ، وتبقى مشكلة تعاطى المخدرات وإدمانها مشكلة قديمة ، حديثة ، متجددة. قضية الماضى والحاضر والمستقبل ، لها فى التاريخ عمق وامتداد ، ماضيها يذكر بما حققه الإنسان من إنجازات ونجاحات فى مواجهتها ، وكذلك ما جابهه من فشل وإخفاق فى بعض الأحيان . وحاضرها يشهد على ما يبذل من جهود من أجل هذه المواجهة وتطوير هذه المواجهة لتصبح أكثر فاعلية وكفاءة سواء على مستوى البحث والدراسة أو على مستوى المكافحة والمحاصرة . ومستقبلها يحمل فى طياته عناصر التفاؤل والأمل المرشّدة بإنجازات الماضى والحاضر ، كما يحمل أيضاً مبررات للقلق والخوف من احتمال نجاح قوَى الشر التى تقف خلف زراعة وترويج وتسويق المخدرات فى تطوير أساليبهم لاختراق خطوط الدفاع الحصينة فى مواجهة هذه الظاهرة ، أو أن تفتر الجهود وتضعف الهمم أمام هذه الهجمات المتلاحقة.

إن عناية الكثير من المجتمعات بمشكلة تعاطى المخدرات وإدمانها ووضعها ضمن اهتماماتها بل وعلى رأس أولوياتها فى كثير من الأحيان ، إنما يعكس ما تستشعره هذه المجتمعات من تهديد لأمنها الاجتماعى والاقتصادى والسياسى والثقافى من جراء انتشار تعاطى المخدرات وإدمانها.

ولا نستطيع أن نزعم أن الشعور بالتهديد يقف عند حدود الدولة المعينة أو على المستوى الرسمى ، وإنما يتسرب ليشمل قطاعات عديدة من قطاعات المجتمع مثل الباحثين والعلماء ، والتربويين ، ورجال الشرطة ورجال القضاء ورجال

الجمارك ، وحرس الحدود ، والمسئولين عن الإعلام ورجال الدين والدعوة ، والآباء والأمهات ، وكل غيور على وطنه وأهله .

من حق المتتبع والمتابع لحركة البحث العلمى لموضوع تعاطى المخدرات فى مصر أن يشعر بالفخر والرضا ، باعتبار أن مصر كانت - ولاتزال - من الدول الرائدة فى مجال بحوث تعاطى المخدرات ، وأن مصر أنفقت وبسخاء - ورغم كل الظروف - على بحوث تعاطى المخدرات ، ولم تأل جهداً فى دعم وتشجيع الباحثين الجادين من أجل مواجهة هذه الظاهرة مواجهة علمية موضوعية أمينة . وقد استجاب هؤلاء العلماء بدورهم ولم يدخروا وسعاً فى إجراء البحوث تلو البحوث واستمروا فى متابعتهم العلمية لظاهرة تعاطى المخدرات فى ارتفاعها وثباتها وانخفاضها ، ليرصدوا بدقة حركتها ويمدوا المجتمع بالبيانات والمعلومات المهمة التى تلزمه من أجل الوقاية والعلاج والمكافحة . وبحيث أصبح لدينا الآن فى مصر قاعدة من البيانات والمعلومات التى قد لا يعرفها الكثيرون ، أو لا يقدرونها حق قدرها .

ولا يعنى ذلك - بحال - أن كل الجهود المخلصة كانت دائماً بإيعاز وتمويل من الدولة ، فهناك من الباحثين الجادين من تحمل عبء بذل الجهد والإنفاق للمساهمة فى دراسة هذه الظاهرة وأداء دوره المجتمعى المنتظر منه. كما لا يعنى أن كل ما ينشر من معلومات أو بيانات حول هذه الظاهرة هو من قبيل البحوث المنهجية الجادة والموضوعية ، كما لا يعنى أيضاً أن مصر فقط هى التى اعتنت بدراسة تعاطى المخدرات ، فمعظم الدول قد بذلت وتبذل جهوداً لمواجهة هذه الظاهرة . وإنما أردنا فقط أن نسجل الدور الريادى لمصر .

إن محاولتنا التى قدمناها فى هذا الكتاب فى طبعته الأولى تركزت حول دراسة منهجية ميدانية أجريناها فى المملكة العربية السعودية فى فترة عملنا بها ، وقد حاولنا تقديم رؤية متكاملة ومتعمقة فلم نقتصر على تقرير مختصر حول المادة الأمبيريقية وإنما وضعناها فى إطار نظرى يغطى المتغيرات الرئيسية التى تعنى الدراسة بها . وقد أسعدنا ما لاحظناه من إقبال على الكتاب فى طبعته الأولى

متمثلاً فى تزايد أعداد توزيعه ، رغم أنه ليس من الكتب الدراسية المقررة وهو ما أشعرنا بأهمية الموضوع وأنه وجد صدى لدى القراء والمهتمين الذين لا نعرف تخصصاتهم وأعمارهم أو مستوى تعليمهم أو مستوى ثقافتهم لكنهم بدون شك جديرون باهتمام يماثل اهتمامهم واحترام لرغبتهم فى المعرفة والعلم.

من هنا فقد رأينا أن نصدر الطبعة الثانية - بعد نفاد أعداد الطبعة الأولى وما أعيد طباعته منها- وقد أضفنا لهذه الطبعة دراستين نظريتين سابقتين مهمتين فى إطار ظاهرة تعاطى المخدرات . الأولى بعنوان «دور الأخصائى النفسى فى علاج الإدمان بين الإمكانية والتحقيق » والثانية بعنوان « تدريب الأخصائيين النفسيين الأكلينيكيين لمواجهة مشكلة تعاطى المخدرات» وربما كان نشرهما مرة أخرى فى هذا الكتاب يحقق توسعة وتعميماً للفائدة على قطاع أكبر خاصة لدى المثقفين من غير المتخصصين وعلى شباب الباحثين الذين لم يتمكنوا من الاطلاع عليهما عند نشرهما فى المرة الأولى . ولعل من مواطن التنقيح فى هذه الطبعة العناية بالمصطلحات ، حيث حرصنا على إدخال المصطلحات الإنجليزية المقابلة للمصطلحات والمفاهيم العربية فى النص ، لتوحيد لغة الخطاب وبخاصة فى مجال يموج بعدد كبير من المصطلحات الفنية ، كما قمنا بعمل ثبت بهذه المصطلحات فى نهاية الكتاب لجمعها وليسهل على القارئ الرجوع إليها عند الضرورة .

ونحن إذ نقدم هذه الطبعة من هذا الكتاب ، نسأل الله العلى القدير أن تتحقق الفائدة المرجوة منها ، وأن ينتفع بها كل من يقرؤها . وآخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين .

د. جمعة سيد يوسف

القاهرة فى ٢٠٠٣/٣/٢٧ م

مقدمة الطبعة الأولى

الحمد لله وحده ، والصلاة والسلام على من لا نبى بعده.

وبعد ، ، ،

تعتبر مشكلة تعاطى المخدرات وإدمانها واحدة من أخطر المشكلات التى تواجه العديد من المجتمعات، مستهدفة شبابها ، ومضيعة لجانب كبير من ثرواتها، ومعطلة للكثير من إمكاناتها، ومعوقة لبرامج التنمية فيها، ومسيئة لقيمها ومُثلها . وليس من المستغرب – إذن – أن تهب هذه المجتمعات وتحاول جاهدة بكل ما أوتيت من سبل مواجهة هذا الوباء، حفاظاً على شبابها ، وثرواتها، وقيمها. وأن تجند وتستنفر لذلك كل مؤسساتها ومصادرها لشن حرب لا هوادة فيها على مروجى المخدرات وهو ما يمكن أن نطلق عليه مكافحة العرض. ويقوم بالدور الأكبر فى هذه المواجهة الشرطة والجيش والسلطات التشريعية، ورجال الجمارك وغيرهم. غير أن ذلك كله ليس نهاية المطاف، حيث يتبقى أمامنا محور لا يقل أهمية عن سابقه ، ويتمثل فى مكافحة أو مواجهة الطلب على المخدرات ويوجه أساساً إلى المتعاطين أو الذين يحتمل تعاطيهم مستقبلاً .

وهنا تبرز أهمية مشاركة مؤسسات اجتماعية أخرى، كالمؤسسات التربوية والصحية والنفسية والاجتماعية ودور العبادة والمؤسسات الترفيهية، فى مواجهة الطلب وخاصة فيما يتعلق بالوقاية من تعاطى المخدرات بمراحلها أو مستوياتها المختلفة.

ويعتبر الإخصائيون النفسيون والمرشدون الطلابيون فصيلا فى جيش الدفاع ضد المخدرات أو هكذا ينبغى أن يكونوا. لاسيما وهم مسئولون عن قطاع عريض ومهم من قطاعات المجتمع ، بل هم أهم قطاعاته على الإطلاق، وهم التلاميذ والطلاب، ومن هنا يتضح عظم المسئولية وضخامة الدور المنوط بهم القيام به.

ويبقى السؤال الذى لا مناص من طرحه وهو : هل يقوم المرشدون الطلابيون فعلاً أو يمكن أن يقوموا بدورهم فى الوقاية من تعاطى المخدرات ومواجهة الطلب؟

لقد أُجريت هذه الدراسة - بحول الله وعونه - للإجابة عن هذا السؤال. وتمخض العمل فيها عن تقرير موسع يشتمل على خمسة فصول. يدور الفصل الأول حول بيان حجم المشكلة بصفة عامة وفى المملكة العربية السعودية بوجه خاص، وأهمية دراسة هذا الموضوع . بينما يركز الفصل الثانى على موضوع الوقاية بصفة عامة ومن المخدرات بصفة خاصة وما يتوفر حول هذا الموضوع من إطار نظرى. ويضطلع الفصل الثالث بعرض موسع للإرشاد الطلابى ووظائفه ووضعه فى إطار أو سياق الإرشاد النفسى ونظرياته. كما نحاول فى هذا الفصل إلقاء الضوء على ما يمكن أن يقوم به المرشدون الطلابيون فى الوقاية من تعاطى المخدرات. ويشرح الفصل الرابع الإجراءات التى اتبعناها فى جمع البيانات الإمبيريقية للدراسة من تصميم لأداة الدراسة وبيان خصائصها السيكومترية، واختيار لعينة الدراسة وخصائصها، وطريقة جمع البيانات والتحليلات الإحصائية. وينفرد الفصل الخامس والأخير بعرض نتائج الدراسة وتفسيرها فى ضوء المتاح من تراث نظرى. كما ينطوى هذا التقرير على عدد من التوصيات إضافة إلى قائمة بالمراجع.

ولا يفوتنى فى هذا المقام أن أتوجه بالشكر الجزيل لأستاذى الدكتور/ عبدالحليم محمود ، وزميلى الدكتور/ سامى هاشم (عضوى هيئة التدريس بقسم علم النفس - كلية التربية - جامعة الملك سعود «سابقا») لمساعدتهما فى تطبيق أداة الدراسة ، وإلى الأستاذ/ على البكر بمركز البحوث التربوية بكلية التربية بجامعة الملك سعود لقيامه بإجراء التحليلات الإحصائية اللازمة للدراسة، وإلى جمهور المرشدين الذين قبلوا تطبيق أداة الدراسة عليهم بصدر رحب.

والله من وراء القصد وهو يهدى السبيل

المؤلف

القسم الأول
الدراسة الميدانية

الفصل الأول

« تعاطى المخدرات »

حجم المشكلة وأهميتها

مقدمة

فى العصر الحديث ونحن على مشارف القرن الحادى والعشرين، أصبحت الاستعانة بالعلم للتغلب على مشكلات الحياة الاجتماعية، ضرورة لا يمكن الاستغناء عنها، ولا يمكن أن نجد لها بديلاً. وما يحتم ذلك هو مستوى التعقد والتداخل الذى بلغته مشكلات الحياة فى العالم الحديث وما واكب ذلك من تقدم هائل فى العلم سواء من حيث المعلومات المتجمعة فعلا عن واقع هذه المشكلات، ومن حيث المنهج والأسلوب الذى يضيف دوماً الجديد وبكفاءة منقطعة النظير ، تشهد بها الكشوف المتجددة دوماً، والتطبيقات المتزايدة فى مجالات الحياة (لجنة المستشارين العلميين ١٩٩١، ص١٩-٢٠).

وحتى نهاية الحرب العالمية الثانية كان توظيف العلم فى خدمة المجتمع حقيقة معاشة فى عدد محدود من الدول المتقدمة، وشعاراً يدفع به بعض إلى الصدارة فى عدد آخر من الدول الساعية إلى اللحاق بركب التقدم، أما الآن فى أخريات القرن العشرين، فقد أصبح الشعار واحداً من المسلمات الأساسية فى معظم المجتمعات الحديثة (المرجع السابق، ص٢٢).

وتعتبر مشكلة تعاطى المخدرات وإدمانها واحدة من المشكلات التى كان للعلم والهيئات العلمية والعلماء نصيب بارز فى التعامل معها من كافة النواحى. وذلك لأنها من المشكلات الاجتماعية التى تؤثر تأثيرا بالغا على المجتمع وأفراده على حد سواء. وذلك لما لها من مترتبات اقتصادية وبشرية متزايدة سواء فى مجال المكافحة أو فى مجال العلاج وفى مجال التأهيل والاستيعاب الاجتماعى للمدمنين، وكذلك فى التخفيف من آثار تلك المترتبات.

وقد دلت الإحصاءات الرسمية الصادرة عن الهيئات المتخصصة على أن مشكلة تعاطى المخدرات Drug abuse قد سجلت بالفعل تهديداً مباشراً ومتصاعدا لعدد غير قليل من المجتمعات شرقاً وغرباً. وأسهمت فى عرقلة جهود التنمية، وحدت من معدلات النمو فى جوانب كثيرة.

وقد جاءت نتائج دراسات ميدانية متعددة وفى أماكن مختلفة من العالم لتؤكد تفاقم وخطورة هذه المشكلة، وتؤكد أيضاً التزايد فى عدد المتعاطين، ودخول مواد جديدة إلى سوق التعاطى باستمرار. وهو ما حدا بكثير من المجتمعات والدول إلى تغيير سياساتها تجاه المخدرات سواء على مستوى التشريع أو على مستوى البحث العلمى لمواجهة هذه الظاهرة.

وقد نشرت وزارة الصحة الأمريكية - على سبيل المثال - فى تقريرها الصادر عام ١٩٨٥م تقديراً للخسائر الاقتصادية بسبب الخمور والمخدرات فى سائر المجالات الصحية والاجتماعية والاقتصادية وكان الرقم مذهلاً حيث بلغ ٤٣ مليار دولار، وكانت الخسارة لأستراليا فى نفس العام ١١٠٠ مليون دولار.. وقد قدر هذا التقرير عدد المدمنين Addicts فى الولايات المتحدة الأمريكية بعشرة ملايين مدمن يتكلف علاجهم ما يقرب من ٦٢ بليون دولار (من خلال : التركى، ١٤٠٩هـ، ص٤٢١).

ويؤكد الدكتور أحمد عكاشة أن سوء استعمال الهيروين Heroin والمخدرات الأخرى يكلف مصر سنوياً حوالى مليار جنيه والبعض الآخر يؤكد أنها عدة مليارات (عكاشة، ١٩٩٢م ، ص٤٤٨). ويمكن أن نتصور مدى الخطورة إذا علمنا أن الثمن الذى يُدفع كمقابل لهذه المخدرات يكون بالعملة الصعبة، التى كان يمكن استغلالها فى مشاريع التنمية. هذا بالإضافة إلى التدهور الذى يصيب الكفاية الإنتاجية للفرد مما يؤدى إلى خسائر هائلة تضاف إلى كل أشكال الخسائر الأخرى التى تسببها المخدرات (المغربى، ١٩٨٤م، ص٢٠١).

والمؤسف حقا أن انتشار الإدمان Addiction على جميع المواد Substances يكثر بين الشباب والمراهقين. وقد كتبت مجلة تايمز الأمريكية فى عددها الصادر

فى أبريل ١٩٧٩م أن عددا كبيرا من الأحداث يبدأ بشرب الخمر فى سن العاشرة ، وأن عدداً آخر يصل إلى مرحلة الإدمان فى سن المراهقة، ويتعاطى المخدرات بالإضافة إلى الخمور (الدمرداش، ١٩٨٢م، ص٥).

وبعد مرور أعوام طويلة على هذا التنبيه، لانشك فى أن الأمر قد تطور إلى ما هو أسوأ من ذلك، وهو ما سيتضح من نتائج الدراسات والإحصاءات التى سترد فيما بعد.

وتشير الدراسات التى أُجريت حول مدمنى الهيروين إلى أن معظمهم من الشباب والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين أقل من ٢٠ سنة إلى ٣٠ سنة، وأنهم يتعاطونه من باب التجريب Experimentation أو التسلية entertainment أو مجاراة الرفاق، ثم لا يلبثون أن يدمنوه. كما أن إدمان المنومات Hyponatics ينتشر بين متوسطى الأعمار وبخاصة من النساء، ومن الملاحظ أن عدداً من الشباب يستخدم المنومات بدلا من الخمور عند تعذر الحصول على الأخيرة أو يمزجها مع الخمر حتى تزداد فعاليتها (المرجع السابق، ص١٦٨).

وقد قدم أحد الموجهين التابعين لوزارة الصحة بكندا تقريراً يؤكد فيه أن ١٣٪ من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ٨-١٦ سنة يتعاطون بعض أنواع المواد البترولية (البنزين ومشتقاته) والتى تحدث مع الزمن تدهورا خطيرا فى قدراتهم العقلية (من خلال التركى، ١٤٠٩ هـ، ص٤٢٨).

وفى الستينيات انتشر سوء استعمال الأمفيتامينات Amphetamines بين الشباب والمراهقين فى السويد ثم انتقلت العدوى إلى بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية بعد حرب كوريا وأثناء حرب فيتنام. وتشير الإحصاءات فى أمريكا الشمالية إلى أن حوالى ٢٠٪ من طلاب الجامعات يستعملون المنشطات Stimulants أحياناً، كما أن ٦٤٪ من الأمريكيين الذين تزيد أعمارهم على عشر سنوات يشربون القهوة يوميا ، بينما يشرب ٥١٪ فقط منهم الحليب (الدمرداش، ١٩٨٢، ص١٩١-١٩٦).

وفى دراسة أجريت لتلاميذ بعض المدارس الثانوية بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٨١م بواسطة معهد أبحاث المجتمع وجد أن ٦٠٪ استعملوا الماريوانا Marjuana فى وقت ما، وأن ٣٢٪ منهم مستمرون فى التعاطى، وأن ٧٪ يتعاطون الماريوانا بشكل يومى. كما أن الأفراد الذين يتعاطون عقاقير الهلوسة Hallucinogens بين ١٢-١٧ سنة يبلغ عددهم نصف مليون فرد، وأن ١٦٪ من تلاميذ المدارس الثانوية استخدموا عقار الهلوسة المعروف باسم LSD 25، وأن ٦٪ منهم مستمرون فى التعاطى (من خلال منصور، ١٩٨٦، ص٣٥٠ وما بعدها).

وقد أجريت دراسة لتعاطى الحشيش (القنب) Cannabis بين تلاميذ المدارس الثانوية فى عدة دول. ففى كندا أورد سمارت وآخرون .Smart et al ١٩٨١م، أن معدل التعاطى بين التلاميذ الذكور (فى مرحلة العمر المناسبة للتعليم الثانوى) فى خلال الاثنى عشر شهراً السابقة على إجراء البحث كانت ٣٦,٤٪ وفى بولندا وجد ماريك وريدو Marek & Redo ١٩٧٨، أن معدل التعاطى اليومى ١١,٧٪ وفى الولايات المتحدة الأمريكية وجد جونستون وآخرون أن معدل التعاطى بوجه عام (أى دون التقيد بالاثنى عشر شهراً السابقة على إجراء البحث) يصل إلى ٦٥٪، وأيده فى ذلك بلاكفورد الذى وجد أن المعدل ٦٥,٢٪ (من خلال سويف وآخرين، ١٩٩٢م، ص٦).

وقد تبين عند سؤال ٢٠٠ مدمن للهيروين من الذين يترددون على عيادة لعلاج الإدمان عن أكثر مادة يشعرون بالحاجة إليها، فأجابوا بأنها السجائر. وقد تبين أن ما نسبته ٦٢ - ٩٥٪ من مدمنى الخمر يدخنون بإفراط. كما اتضح أن ٢٣٪ من المدخنين جربوا تعاطى المخدرات بينما كانت النسبة المماثلة بين غير المدخنين ٣٪ فقط، وأن ٩٩٪ من مدمنى الهيروين يدخنون ، و٥٨٪ من الشباب الذين يتعاطون الحشيش يدخنون، كما أن المدخن يميل إلى الإفراط فى شرب القهوة (الدمرداش، ١٩٨٢م، ص٢٦٨ - ٢٦٩).

وإذا ما أدخلنا تلك الإحصاءات الخاصة بالتدخين وشرب القهوة إلى الصورة العامة لتعاطى المواد المخدرة أو المواد النفسية المؤثرة فى الأعصاب بصفة عامة سنكتشف مدى الخطورة التى يسببها أو يمكن أن يسببها الإدمان بالفرد والمجتمع.

وقد أبرزت دراسة مكي ١٩٨١م أن ظاهرة تعاطى المخدرات تنتشر بين الشباب فى مقتبل العمر فى المدن المكتظة سكانيًا والذين يقطنون الأماكن الشعبية أو الذين يعانون من ظروف الحياة القاسية أو الذين تقل رقابة الأسرة عليهم وينخفض لديهم الوازع الدينى والأخلاقى (من خلال التركى، ١٤٠٩هـ، ص٤٢٢).

كما قامت إدارة التحقيقات الجنائية بدولة قطر بدراسة عن ظاهرة تعاطى المخدرات لمعرفة حجم هذه الظاهرة وأبعادها ، وتبين أن أغلب الذين يتعاطون المخدرات من فئة الشباب دون سن ١٨ سنة (المرجع السابق، ص٤٢٢).

وأظهرت دراسة أخرى أجريت فى جامعة قطر عن تعاطى المخدرات أن أكثر من ٥٠٪ من عينة المتعاطين الذين شملتهم الدراسة من الشباب (القبارى وآخرون، ١٩٨٤م ، ص٣٧).

وتبين من دراسة عن المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات Inhalants فى دولة الإمارات العربية المتحدة، أن غالبية الذين اعتادوا استنشاق الغازات هم من صغار السن وأن المتوسط العمرى لهم لا يتجاوز ١٦ سنة (ثابت ، ١٩٨٤م، ص٤٥).

وفى مصر قام المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية من خلال هيئة البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات، بسلسلة رائدة من الدراسات التى تتعلق بتعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب ابتداء من عام ١٩٧٨م وحتى الوقت الراهن. وقد بدأت هذه السلسلة بدراسة على تلاميذ المدارس الثانوية من الذكور فى مدينة القاهرة الكبرى أعقبتها دراسة أخرى على تلاميذ المدارس الثانوية الفنية من الذكور بالقاهرة الكبرى أيضاً ، ثم دراسة على طلاب جامعتى القاهرة وعين شمس من الذكور والإناث. وأعقب ذلك تحول كبير فى حدود تلك الدراسات حيث أجريت دراسات مماثلة على مستوى القطر كله، أى الثانوى العام، والثانوى الفنى والجامعات على مستوى جمهورية مصر العربية هذا بالإضافة إلى دراسات أخرى أجريت على عمال الصناعة فى الجمهورية. وقد أفضت هذه المجموعة من الدراسات بعيناتها الضخمة إلى قاعدة عريضة وشاملة من البيانات والنتائج، يصعب حصرها فى هذا السياق. وسوف نكتفى منها ببعض الاستخلاصات

الهامة خاصة ما يتعلق بجمهور التلاميذ فى المرحلة الثانوية وما ظهر منها حتى الآن. حيث مازالت هذه البحوث تتوالى فى الظهور .

ونظراً لأن تلك الدراسات كانت تشمل عدة مواد نفسية مؤثرة فى الأعصاب Psychoactive substances ابتداء بالتدخين ومرورا بالمخدرات الطبيعية والخمور والكحوليات ، وانتهاء بالعقاقير الطبية المصنعة فإننا سنورد استخلاصاتنا تبعاً لنوعية المادة، حتى نعطى صورة أكثر عمقاً وتفصيلا لموقف التعاطى عند تلاميذ المدارس الثانوية من واقع تلك البحوث والدراسات .

أولاً - التدخين : Smoking

١- تبين أن نسبة المدخنين فى عينة بحث تلاميذ الثانوى العام على مستوى الجمهورية ٧٧, ١٠٪ وإذا أسقطت النسبة على جمهور تلاميذ المدارس الثانوية فى القطر فمعنى ذلك أنه يوجد فى المدارس الثانوية المصرية ٣٩٤٥٠ تلميذاً مدخنا (فى خلال العام الدراسى المنتهى فى مايو ١٩٨٨ م).

٢- اتضح أن حوالى ٢٠٪ من التلاميذ المدخنين يدخنون عشرين سيجارة فأكثر يوميا .

٣- ما لا يقل عن ١٦٪ من التلاميذ المدخنين بدأوا ممارستهم الأولى فى التدخين قبل بلوغ سن الثانية عشرة. وإذا عدنا إلى عملية الإسقاط على الجمهور الأصلى للتلاميذ الذكور فى المدارس الثانوية سنجد أن حوالى ٦٤٥٠ طفلاً دون الثانية عشرة بدأوا محاولاتهم الأولى لتدخين السجائر قبل الالتحاق بالدراسة الثانوية .

٤- كشفت النتائج عن حقيقة هامة هى أن نسبة معينة من الشباب يكون لهم دور إيجابى ملحوظ فى بدء ممارسة التدخين.

٥- تزيد نسبة المدخنين زيادة واضحة بين تلاميذ مدارس اللغات والمدارس الخاصة مقارنة بالمدارس الحكومية.

٦- هناك اقتران Correlation قوى بين التدخين وبين انخفاض درجات النجاح.

٧- المدخنون يفوقون غير المدخنين فى ارتكاب جميع أنواع الانحرافات السلوكية Behavioral deviances .

٨- هناك شبكة من العلاقات المعقدة بين العوامل المرتبطة بالتدخين حيث إن الإقبال على التدخين مرتبط بالإقامة بعيداً عن الأسرة، وبوفاة الأم، وارتفاع الدخل الشهري للأسرة، وارتفاع مستوى تعليم الأبوين والاشتراك فى النوادى والجمعيات ذات النشاط الترفيهى. (سويف وآخرون، ١٩٩٠م ، ص٨٢ - ٩٧).

ثانياً : المخدرات الطبيعية : Natural narcotics

١- تبين أن نسبة من تعاطوا المخدرات الطبيعية (الحشيش والأفيون) من تلاميذ المدارس الثانوية العامة الذكور ٥,٩٤٪ من العينة، سواء كانوا تعاطوا هذه المواد بأى مستوى من التعاطى حتى ولو كان مرة واحدة لم تتكرر. ولما كانت عينة البحث تساوى ١٢,٤٪ من المجموع الكلى لتلاميذ الجمهورية الذكور فى جميع المدارس الثانوية بأنواعها المختلفة وهو ٣٥٥٤٥٤ تلميذاً، فمعنى ذلك أن العدد المطلق للتلاميذ الذين أقدموا على تعاطى هذه المواد (ولو على سبيل التجريب فقط) يبلغ ٢١١١٤ تلميذا (سويف وآخرون، ١٩٩٢، ص٥).

٢- وجود نسبة كبيرة نسبيا تبدأ التعاطى قبل عمر ١٢ سنة. وأكثر الأعمار شيوعاً لبدء التعاطى هو سن السادسة عشرة من العمر. حيث تصل نسبة من يبدأون التعاطى إلى حوالى ٣٠٪ من المجموعة كلها (المرجع السابق، ص٩).

٣- برغم التجريم القانونى لتعاطى المخدرات فقد أقر ٧,٣٦٪ من المتعاطين للمخدرات الطبيعية أنهم هم الذين سعوا للحصول عليها (المرجع السابق، ص١٤).

٤- يتحمل الزملاء نصيباً كبيراً فى تقديم الأشخاص الجدد إلى ميدان التعاطى (المرجع السابق، ص١٦).

٥- نسبة المستمرين فى التعاطى فى البحث الراهن ١٥,١٧٪ بينما تدور حول ٢٥٪ فى جميع البحوث السابقة وبالنسبة لجميع المواد النفسية (المرجع السابق،١٩)

٦- هناك نسبة من غير المتعاطين معرضة لأن تقدم على التعاطى تحت وطأة أخف المغريات وزناً (المرجع السابق، ص٣٥).

٧- يزداد احتمال إقبال التلاميذ على التعاطى فى المدارس الخاصة ومدارس اللغات مقارنة بالمدارس الحكومية (المرجع السابق، ص٤١).

٨- يزداد التعاطى كلما زاد المصروف الشهرى للطالب، وكذلك كلما ارتفع الدخل الشهرى للأسرة (المرجع السابق، ص٤٤-٤٥).

٩- تدخين السجائر أحد العوامل المسئولة عن زيادة انتشار تعاطى المخدرات الطبيعية خاصة بين تلاميذ الشعبة الأدبية (المرجع السابق، ص٥٩).

١٠- تزيد نسبة انخفاض التحصيل بين المتعاطين (المرجع السابق، ص٦١).

١١- يرتبط تعاطى المخدرات الطبيعية بكثير من أشكال الانحرافات السلوكية (المرجع السابق، ص٧٢) .

ثالثاً : الخمور والكحوليات Alcohol :

١- تبين أن مجموع من أقدموا على شرب الكحوليات (بأى مستوى) لا يزيدون على ٣٢٤٥ تلميذا أى بمعدل ٢٢,١٤٪ من أفراد العينة. وقرر ٢٦٨٩ تلميذاً (بنسبة ٧٩,٥٤٪) ممن أقروا بالشرب أنهم توقفوا عن مواصلة الشرب، بينما اعترف ٦٢٠ تلميذاً بأنهم يواصلون تعاطى هذه الكحوليات، بعضهم (٧٧,٩١٪) يشربون فى المناسبات و٢٣,٨٪ يشربون بشكل منتظم (سويف وآخرون، ١٩٩٤، ص٤-٦)

٢- العمر المنوالى لبدء شرب الكحوليات بجميع أنواعها تقع قبل سن ١٢سنة (المرجع السابق، ص٧).

٣- حوالى ثُمن $\frac{1}{8}$ شاربى الكحوليات من الشباب كانوا مرحبين بداية بخبرة الشرب وكانوا راغبين فى تحصيلها أيا كانت دوافعهم فى هذا الصدد. والسبعة أثمان فرضت عليهم الخبرة بطرق الضغط الاجتماعى المختلفة وخاصة ضغط الأقران (المرجع السابق، ص١٨).

٤- هناك استعداد لدى بعض الذين لا يشربون من الشباب أن يقدموا على الشرب إذا أتيحت لهم الفرصة (المرجع السابق، ص٣٧).

٥- هناك اقتران بين نوعية المدرسة واحتمالات شرب الكحول. ففى حالة المدارس الخاصة ترتفع احتمالات شرب الكحوليات بدرجة واضحة. وفى مقابل ذلك تنخفض فى المدارس الحكومية.

٦- هناك ارتباط قوى بين ارتفاع مستوى دخل الأسرة واحتمالات شرب الأبناء، وكذلك هناك اقتران جوهرى بين حجم المصروف الشهرى الذى يحصل عليه التلميذ واحتمال إقباله على الشرب .

٧- هناك اقتران جوهرى بين الانتظام فى الشعبة الأدبية وشرب الكحوليات.

٨- لا يوجد اقتران بين الشرب ومستوى التحصيل الدراسى.

٩- هناك اقتران جوهرى بين المرض الجسمى وشرب الكحوليات وكذلك بين المرض النفسى وشرب الكحوليات (المرجع السابق، ص٦٥ - ٧٣).

رابعاً : التعاطى غير الطبى للأدوية المؤثرة فى الأعصاب :

١- تبين من انتشار التعاطى غير الطبى للأدوية المؤثرة فى الأعصاب Non medical use of drugs بين تلاميذ المدارس الثانوية الذكور أن ٢,٧٢٪ تناولوا الأدوية المهدئة ، ١,٧٨٪ الأدوية المنشطة، ٢,٢٤٪ تناولوا الأدوية المنومة، وهؤلاء فى مجموعهم (مع حساب أن بعضهم يتناولون أكثر من عقار واحد) يكوّنون نسبة تبلغ ٥,٤٤٪ من العينة . وتبين كذلك أن نسبة ٧٨,٨٢٪ من نسبة المتعاطين توقفوا عن التعاطى بعد البداية بينما استمر فى التعاطى نسبة ٢١,١٨٪ والنسبة الأخيرة انقسمت إلى فريقين : أحدهما وتبلغ نسبته ٨٣,٤٣٪ استمر على أساس متقطع (أى حسب المناسبة) والثانى ١٦,٥٧٪ هم الذين واصلوا التعاطى على أساس الانتظام وهم الذين يمكن تصنيفهم تحت مفهوم الاعتماد أو الإدمان.

٢- أكثر الأعمار شيوعاً لتعاطى الأدوية ما بين ١٥ - ١٦ سنة.

٣- حوالى ثلث المتعاطين هم الذين قاموا بدور إيجابى فى تنفيذ تجربة البداية.

٤- الزملاء هم المسئولون عن تقديم الأدوية للجدد يليهم الآباء ثم الأصدقاء.

٥- هناك نسبة لا يستهان بها على استعداد للإقدام على تعاطى الأدوية..

٦- هناك نسبة معقولة من غير المتعاطين تحمل فى نفسها تقويما إيجابيا نحو مواد التعاطى (أى الأدوية) (سويف وآخرون، ١٩٩١م، ص٢٦ - ٢٧).

ويتضح من النتائج الموجزة التى استخلصناها عددا كبيرا من الدلالات الهامة فيما يتعلق بانتشار تعاطى المواد النفسية المؤثرة فى الأعصاب على اختلاف أنواعها بين تلاميذ المدارس ولعل أحد أهم تضمينات تلك النتائج والتى تعنينا فى هذا السياق هو ضرورة وجود سياسة وقائية واضحة ومحددة للحيلولة دون تفاقم الوضع ، ودون دخول مزيد من الجمهور إلى حلبة التعاطى كما هو واضح من النتائج السابقة وينبغى أن تتكاتف كافة مؤسسات المجتمع وأن تحشد جميع طاقاته للإسهام فى وضع السياسة الوقائية وفى تنفيذها .

أهمية الدراسة

تعتبر المملكة العربية السعودية (*) جزءاً لا يتجزأ من هذا العالم تتأثر به وتتفاعل معه، ولهذا لم تسلم من ظاهرة المخدرات. كما أنها تتميز بعدد من الخصائص مثل موقعها الجغرافى ومساحتها الشاسعة وحدودها المترامية الأطراف، كما أن بها الأماكن المقدسة والتى تستقبل جموعاً غفيرة لأداء المناسك والزيارة . يضاف لذلك كونها دولة مفتوحة للعديد من الجنسيات التى تقدم إليها للعمل مع قربها من أماكن إنتاج المخدرات . كل تلك العوامل جعلت منها إحدى الدول المستهدفة لترويج المخدرات (التركى، ١٤٠٩هـ، ص٤٢٩ ؛ العنقرى، ١٤١٤هـ ص٢٠).

ورغم أن المملكة العربية السعودية تعانى من إساءة استعمال الحشيش والهيروين والكبتاجون وغيره من الأقراص المخدرة وخاصة السيكونال، فإنه لاتوجد بها زراعة أو تصنيع أو إنتاج أى من المواد المخدرة (عيد، ١٩٩٢م).

وتكشف الإحصاءات المتتابعة عن وجود أيد خفية تحاول تهريب كافة أنواع المخدرات للمملكة العربية السعودية ففى عام ١٤٠٢هـ بلغ عدد جرائم المخدرات ٣٢٩٤ جريمة ، وفى عام ١٤٠٤هـ سجلت ٣٥٦٢ جريمة (زيد ، ١٤١١هـ، ص٥).

(★) أجريت هذه الدراسة خلال فترة عمل المؤلف بقسم علم النفس - كلية التربية - جامعة الملك سعود.

وقد بلغ عدد القضايا التي ضبطت فى عام ١٤٠٦هـ ٤٢٧٩ قضية مخدرات تشمل ٦٠٤٦ متهماً مقارنة بعام ١٤٠٥هـ حيث بلغت القضايا التي ضبطت حوالى ٣٨٢٢ وتشمل ٥٦٧٢ متهما بزيادة قدرها ١٢٪ فى عدد القضايا، و٦,٥٪ فى عدد المتهمين عن عام ١٤٠٥هـ. كما بلغت كمية المخدرات الموزونة والتى ضبطت خلال عام ١٤٠٦هـ ٢٤٨١٥,٠٢٠ كيلو جرام وتشمل هذه المخدرات القات والحشيش والأفيون **Opium** والكوكايين **Cocaine** وغيرها. وبمقارنة كمية المخدرات الموزونة لعام ١٤٠٦هـ بعام ١٤٠٥هـ نجد أنها زادت بنسبة قدرها ٢,٣٪ وتمثل نسبة القات ٩٠٪ من مجموع كمية المخدرات الموزونة كما تمثل نسبة الحشيش ٩,٧٪ والأفيون والكوكايين والهيروين ٠,٣٪ كما بلغت كمية المخدرات المقدرة بالحبة والمضبوطة فى عام ١٤٠٦هـ حوالى (١٠٣٢٢٩٤٧) حبة بزيادة قدرها ٢٨٪ عن عام ١٤٠٥هـ، وتشمل هذه المخدرات المندركس والامفيتامين والسيكونال والكبتاجون وأنواعاً أخرى. وتمثل نسبة الكبتاجون لعام ١٤٠٦هـ ٨٩,٨٪ من كمية المخدرات المقدرة بالحبة وتليها كمية السيكونال بنسبة ١٠٪ و ٢٪ للأنواع الأخرى (التركى، ١٤٠٩هـ، ص٤٢٩). وقد جاءت السعودية فى مقدمة الدول العربية من حيث الكمية المضبوطة من الأفيون فى عام ١٩٨٨م، ١٩٨٩م (عيد ، ١٩٩٢م).

وفى دراسة للمحددات الاجتماعية لتوزيع الجريمة على أحياء مدينة الرياض تبين أن جرائم السرقة وجرائم شرب وصنع وبيع المسكرات تحتل مكان الصدارة بين بقية الجرائم الأخرى من حيث تكرار وقوع هذين النوعين من الجرائم وذلك خلال الفترة من ١٤٠٨ - ١٤١٠ هـ وفيما يلى جدول يوضح هذه الجرائم خلال السنوات الثلاث المذكورة .

نوع الجريمة / العام	١٤٠٨	١٤٠٩	١٤١٠	المجموع
١- شرب وصنع وبيع المسكرات	٨٩٤	١٢٤٨	١٢٩٢	٣٤٣٤
٢- حوادث طرفها مسكرات	٢١٩	٢٣٣	١٦٧	٦١٩
٣- حوادث المخدرات	١٦١	١٨١	٢٣٩	٥٨١
٤- حوادث طرفها المخدرات	٨	١١	١٦	٣٥
المجموع	١٢٨٢	١٦٧٣	١٧١٤	٤٦٦٩

(من خلال: الخليفة، ١٤١٢هـ. ص٨٩ - ٩٤)

أما من حيث تركز جرائم المسكرات مقارنة بغيرها فى أحياء معينة دون سائر الأحياء الأخرى ، فيتضح أن جرائم المسكرات لا تتركز بصورة واضحة فى أحياء معينة مما يدل على أن جرائم المسكرات أكثر انتشاراً فى الأحياء السكنية مقارنة بالجرائم الأخرى (المرجع السابق، ص١١٥).

ويمكن أن نخرج من الجدول السابق بالملاحظات التالية :

١- هناك اتجاه نحو الزيادة فى عدد الجرائم من عام إلى الذى يليه لا يستثنى من ذلك سوى الحوادث التى تعتبر المسكرات طرفا فيها حيث تراجعت فى عام ١٤١٠ هـ.

٢- إذا افترضنا استمرار مؤشر التزايد فإنه الآن وبعد مضى حوالى تسع سنوات تقريباً سنكون أمام عدد كبير من جرائم المخدرات أو المسكرات بشكل مباشر أو غير مباشر.

٣- أن الأرقام السابقة مأخوذة من مدينة الرياض فقط، ورغم أن الرياض هى عاصمة المملكة وأكبر مدنها سكاناً وأوسعها رقعة جغرافية، وهى بحكم دورها السياسى والاجتماعى والاقتصادى أصبحت تعج بالسكان من مختلف الأقاليم والجنسيات والثقافات (الخليفة ١٤١٣ هـ، ص٥٥). ومع ذلك فإن النظرة الشاملة التى تأخذ فى اعتبارها المملكة العربية السعودية بجميع مناطقها ومدنها سوف تكشف عن ضخامة عدد الجرائم التى تفوق تلك التى سبق الكشف عنها فى الجدول السابق.

٤- أن البيانات السابقة هى البيانات الرسمية التى وقع أصحابها تحت طائلة القانون أو أمكن القبض عليهم ، والمفترض أن تضاف لها الحالات التى أفلتت - لسبب أو لآخر - من الوقوع في يد الشرطة، أو تلك التى ذهبت مباشرة لأماكن العلاج بسبب التعاطى ولم تتورط فى جرائم البيع أو التصنيع.

٥- أن البيانات السابقة لا تشتمل على من يتعاطون الأدوية المصنعة Synthetic drugs بغير إذن طبى مثل المهدئات Sedatives والمنومات والمنشطات، وهؤلاء يشكلون فئة لا بأس بها عند الحديث عن التعاطى أو الإدمان كما أشارت البحوث

السابقة (انظر على سبيل المثال سويف وآخرين، ١٩٩١م)، وربما لأن استعمالها غير مجرم قانوناً إلا فى حدود معينة (كاستعمال المنشطات فى المسابقات الرياضية).

٦- أن هذه الجرائم والإحصائيات الخاصة بها أعقبت صدور التشريع الخاص بتنفيذ عقوبة القتل فى المهربين والمروجين عام ١٤٠٧هـ، ورغم ذلك هناك اتجاه نحو الزيادة ربما لأن هذه الحوادث ليست خاصة بالتهريب أو الجلب من الخارج بالدرجة الأولى .

وفى دراسة عن تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية على معدلات الجريمة مع التركيز على السرقات فى المملكة العربية السعودية ، تم توجيه سؤال إلى بعض المسئولين عن مكافحة الجريمة عن الزيادة فى عدد جرائم السرقة، وقد أجاب معظم هؤلاء المسئولين (٧٦,٩٪) بالإيجاب . ثم سئلوا سؤالاً آخر عما إذا كانت هذه الزيادة مرتبطة بعوامل أو جرائم أخرى أجاب (٩٤,٧٪) بالإيجاب. وذكروا عدة عوامل من بينها تعاطى المخدرات (٤٥٪) وتعاطى المسكرات (٧٥,٩٪) (شمس وعقاد، ١٩٩٣م، ص١٧).

وتشير إحصائيات الإدارة العامة لمكافحة المخدرات لعام ١٤١٣هـ إلى أن مجموع القضايا التى تم ضبطها خلال عام ١٤١٣هـ ٤٢٨٧ قضية بزيادة قدرها ٧٣٩ قضية عام ١٤١٢هـ أى بنسبة ٢,٨٪ تقريباً . كما بلغ مجموع المتهمين المضبوطين فى قضايا المخدرات بصفة عامة خلال عام ١٤١٣هـ ٦٥٨٩ متهماً بزيادة قدرها ٩٦١ متهماً عن السنة السابقة أى بنسبة ١٧٪ تقريباً.

أما بالنسبة لأنواع المخدرات التى تهرب وتروج فى المملكة فهى الحشيش والأفيون والهيروين والقات والكوكايين والامفيتامينات الصلبة والسيكونال والكبتاجون وعقاقير أخرى مختلفة.

وقد بلغت كمية الحشيش المضبوطة عام ١٤١٣هـ ٢٤٧٢ كيلو جرامًا بزيادة قدرها ٥٢٢ كيلو جرامًا عن عام ١٤١٢هـ بنسبة ٢٧٪ تقريبا أما كمية الأفيون المضبوطة لنفس العام فبلغت ١٦ كيلو جرامًا بزيادة قدرها ٥ كيلو جرامات عن العام

السابق أى بنسبة ٤٢٪ وبلغت كمية الهيروين المضبوطة لنفس السنة ٢٠٦ كيلو جرامات بزيادة قدرها ٤٩ كيلو جرامًا عن عام ١٤١٢ هـ بنسبة ٣١٪ أما كمية القات المضبوطة لنفس العام فتقدر بـ١٨٥١٨هـ كيلو جرامًا بزيادة قدرها ٦٥٩٦ كيلو جرامًا عن عام ١٤١٢هـ بنسبة ٥٥٪ وبلغت كمية الكوكايين المضبوطة أيضا لنفس العام ١٤١٣ هـ ٥,٩١٠ كيلو جرام وكانت فى العام السابق عليه ٢,٤٨٦ كيلو جرام أى بنسبة زيادة ١٣,١٠٪ وبلغت كمية السيكونال المضبوطة لعام ١٤١٣هـ ١٣٧١٠١ كبسولة بزيادة قدرها ٩٢٤,٥ كبسولة أى بنسبة ٠,٧٪ أما كميات الكبتاجون المضبوطة خلال عام ١٤١٣هـ ٦٧١٦٥٣٥,٢٥ حبة بزيادة قدرها ٤٣٨٩٠٠٣,٧٥ حبة عن العام السابق أى بنسبة حوالى ١٨٨,٥٪ وبلغت كمية العقاقير المخدرة الأخرى لعام ١٤١٣هـ ١١١٧١١ حبة بزيادة قدرها ١٠٩٨٧٨ حبة عن عام ١٤١٢ هـ بنسبة حوالى ٥٩,٩٤٪ (من خلال العنقرى ١٤١٤هـ، ص٢١ - ٢٢).

وتكشف الإحصائيات السابقة عن جانبين هامين :

الأول : هو ضخامة الجهود التى تبذلها السلطات المختصة فى المملكة العربية السعودية فى الحد من المخدرات المهربة إلى داخل البلاد.

الثانى : أن المملكة العربية السعودية واحدة من الدول المستهدفة لكى تكون سوقا للمخدرات بكافة أنواعها .

وإذا اعتمدنا على إحدى الطرق التى يتبعها المختصون فى مكافحة المخدرات لتقدير إجمالى المخدرات التى تدخل إلى بلد ما، وهى ضرب الرقم المضبوط فى ٥ (عند المتفائلين) أو فى ١٠ (عند الأكثر تشاؤماً) واعتبار حاصل الضرب هو أقرب تقدير لكمية المخدرات داخل هذا البلد ، نقول إذا استخدمنا هذه الطريقة فإن وضع المخدرات يدعو إلى ضرورة تكاتف الجهود للحد من خطرها ومنع انتشارها.

ولعل الأمر الذى يدعو للقلق - فى ضوء الدراسات السابقة الأجنبية والعربية- أن المخدرات أكثر انتشاراً بين المراهقين والشباب بل والأطفال أيضا (المحارب، ١٤١٣هـ). وقد دلت دراسة سيف الإسلام آل سعود عن تعاطى

المخدرات فى بعض دول مجلس التعاون الخليجى (السعودية، البحرين، الكويت) أن نسبة كبيرة من المتعاطين (حوالى ٥٧٪) من الشباب (آل سعود ١٤٠٦ هـ، ص١٨)

وقد تبين من دراسة اللحيانى ١٤٠٣هـ أيضا أن تعاطى المسكرات يبدأ فى فئة العمر من ١٤–١٨ سنة ، كما تبين من دراسة الحارثى ١٤٠٧هـ أن أعلى نسبة بين متعاطى المخدرات فى العينة المختارة هى الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٠-٢٥ سنة (من خلال : السعيد، ١٤١٠هـ، ص١٢٨ - ١٣١).

وفى دراسة نظرية عن ظاهرة التشفيط كنمط من أنماط جناح الأحداث بالمملكة العربية السعودية أبرزت تحليلات الدراسة أن الإحصاءات تدل على أن نسبة كبيرة من متعاطى المواد الطيارة Volatile substances من الأحداث تقع بين ١٢-١٦ سنة (التركى، ١٤٠٩هـ، ٤٢٤).

وفى عام ١٤٠٧هـ بلغ عدد الأحداث المودعين فى دار الملاحظة بالرياض والمتهمين فى قضايا السُكّر حوالى ١٠٥ حالات وفى قضايا المخدرات ٢٩ حالة بنسبة مقدارها ٠٤ , ١٥٪ من عدد الحالات المودعة فى الدار (المرجع السابق).

وقد تأكدت نتائج الدراسات السابقة ، حيث وجدت دراسة أخرى (ثابت، ١٩٨٤م) أن معظم الأحداث Delinquents الذين يمارسون استنشاق الغازات هم من تلاميذ المدارس الابتدائية والمتوسطة والثانوية.

إن الإحصاءات ونتائج الدراسات السابقة التى ذكرنا جانباً منها سواء على المستوى الدولى أو المستوى العربى أو المستوى المحلى (فى المملكة العربية السعودية) تؤكد بما لا يدع مجالاً للشك أننا أمام مشكلة حقيقية تهدد المجتمع ومنجزاته وتسىء إلى قيمه وأعرافه. ومن ثم فهى تلفت النظر إلى ضرورة تضافر الجهود لدرء هذا الخطر، كما أنها تؤكد أن جهود المكافحة التى تقوم بها جهات الأمن ليست كافية، لأن جهود الأمن موجهة إلى مكافحة العرض وتبقى جهود أخرى مطلوبة لمكافحة الطلب، خاصة لدى المراهقين والشباب باعتبارهم من أهم الشرائح الاجتماعية التى تمثل ما يسمى « بالجماعات الهشة » أو « الجماعات المستهدفة» Groups at risk كما هو واضح من نتائج الدراسات السابقة.

ورغم أنه لا يوجد - فى حدود علمنا - برنامج شامل لدراسة انتشار ظاهرة تعاطى المخدرات فى قطاعات المراهقين والشباب - خاصة التلاميذ والطلاب - على مستوى المملكة كما هو الحال فى مصر - على سبيل المثال - فإن بذل الجهد لوقاية هذا القطاع الكبير والهام من خطر الوقوع فى براثن الإدمان لايستلزم الانتظار حتى تجرى مثل تلك الدراسات أو البحوث وذلك اتساقاً مع مفهوم المشكلة كما حددته هيئة الصحة العالمية وهو «أنها ظاهرة تحكم عليها جهة اجتماعية ذات وزن بأنها تسبب فعلاً أو يمكن أن تسبب أضراراً أو متاعب للفرد أو المجتمع سواء وجدت براهين علمية أم لم توجد على صحة هذا الرأى (سويف، ١٩٩٠م، ص١٢).

ومن هنا فإن نظام التربية والتعليم يعد واحداً من القنوات الهامة التى ينبغى الاستفادة منها فى جهود الوقاية ويمثل نظام التوجيه والإرشاد الطلابى القائم فى مدارس المملكة العربية السعودية قناة إضافية وهامة يمكنها الإسهام بدور فعال فى جهود الوقاية المطلوبة ، إذا ما أحسن استغلالها.

وتحاول الدراسة الحالية الوقوف على أبعاد وحدود هذا الدور كواقع وكإمكانية .



الفصل الثانى

خفض الطلب على المخدرات

الجهود الوقائية

مقدمة

مما لاشك فيه أن العبارة الشائعة أو بالأحرى الحكمة الجارية على ألسنة الناس « الوقاية خير من العلاج» صادقة تماماً. لذلك نعتبر أن الحفاظ على الصحة بصفة عامة مقصد جليل وأسمى من مجرد الدعوة إلى إنشاء بضعة مستشفيات للعلاج أو بضع عيادات لاستقبال المرضى أو المضطربين. إن المجتمع الرشيد هو المجتمع الذى يعرف كيف يدبر الصحة لأبنائه وكيف يحافظ عليها ويصونها من خلال الإجراءات الوقائية الفعالة بمختلف مراحلها ومستوياتها.

إن أول مترتبات الجهود الوقائية تتجلى فى تخفيف العبء عن المؤسسات العلاجية القائمة أو الحد من الحاجة المتزايدة إلى إنشاء المزيد من المستشفيات والمؤسسات العلاجية، بل والمؤسسات العقابية، عندما يقترن تعاطى المخدرات - على سبيل المثال - باقتراف الجرائم وبالتالى يمكن القول وفى شكل رياضى أن زيادة الجهود الوقائية تساوى تناقص فى المتطلبات العلاجية .

وإذا كانت المجتمعات قد قطعت أشواطاً بعيدة فى مجال الوقاية Prevention بالنسبة للأمراض الجسمية والأمراض المعدية والوبائية، وأمراض الأطفال ، فإنها ما تزال بحاجة إلى المزيد من الجهود فى مجال الوقاية من الاضطرابات النفسية Psychological disorders وبعض المشكلات الاجتماعية أو الاجتماعية النفسية. وما مشكلة تعاطى المخدرات وإدمانها إلا واحدة من المشكلات الخطيرة والمؤثرة والتى تحتاج إلى الإجراءات الوقائية بشكل ملح، لما لها من مترتبات وتداعيات كما سبق أن أوضحنا .

وتتفاوت المجتمعات فى مدى التقدم الذى حققته فى هذا الصدد ، تفاوتاً واضحاً، ومهما كان هذا التفاوت، فإن العمل الوقائي لابد أن يستند إلى أسس

سليمة ومحددة حتى يكون الناتج فعالاً. ولعل من أهم هذه الأسس توفير قاعدة كافية ودقيقة من المعلومات والبيانات المستمدة من الدراسات العلمية الإمبيريقية التى تعتمد على استقراء الواقع أكثر من مجرد الملاحظات الانطباعية، أو العبارات الإنشائية المكررة، خاصة من جانب غير المتخصصين أو من جانب الذين تعاملوا مع المشكلة من ناحية نظرية بحتة. وهو ما سنوضحه فى سياق لاحق.

مفهوم الوقاية وتعريفها :

الوقاية فى اللغة مشتقة من الفعل وقي؛ وقاه الله من كل سوء، ومن السوء وقاية، ووقاه توقية ، وفى مثل «الشجاع موقي». واتق الله حق تقاته، وتقواه وفيه تقيا تصغير تقوي. ومن عصى الله لم تقه منه واقية. وعلى فلان واقية كواقية الكلاب، وهذا وقاء له ووقاية لما يوقى به الشىء (الزمخشرى، ١٩٨٤م، ص٦٧٦).

ويقال وقاه الله أى صانه ، ووقيت الشيء إذا صنته وسترته عن الأذى والوقاء والوَقاء والوقاية والوَقاية والوُقاية والواقية كل ما وقيت به شيئاً وتوقيت الشىء واتقيته: حذرته ، ورجل تقى ورجال أتقياء : أى موق نفسه من العذاب والمعاصى بالعمل الصالح (ابن منظور، بدون تاريخ، ص٤٠١ - ٤٠٣). وإلى نفس المعنى ذهب الراغب الأصفهانى (الأصفهانى ، ١٩٦١م، ص٥٣٠).

وقد ورد اللفظ ومشتقاته فى مواضع كثيرة فى سور القرآن الكريم يصعب حصرها فى هذا السياق ومنها قوله تعالى : ﴿وَمِنْهُم مَّن يَقُولُ رَبَّنَا آتِنَا فِي الدُّنْيَا حَسَنَةً وَفِي الآخِرَةِ حَسَنَةً وَقِنَا عَذَابَ النَّارِ﴾ (البقرة :٢٠١) وكذلك قوله تعالى:﴿وَقِهِمُ السَّيِّئَاتِ وَمَن تَقِ السَّيِّئَاتِ يَوْمَئِذٍ فَقَدْ رَحِمْتَهُ وَذَلِكَ هُوَ الْفَوْزُ الْعَظِيمُ﴾ (غافر:٩) ويقول فى السورة ذاتها ﴿فَوَقَاهُ اللَّهُ سَيِّئَاتِ مَا مَكَرُوا وَحَاقَ بِآلِ فِرْعَوْنَ سُوءُ الْعَذَابِ﴾ (غافر : ٤٥) ومن مثله قوله تعالى:﴿فَاكِهِينَ بِمَا آتَاهُمْ رَبُّهُمْ وَوَقَاهُمْ رَبُّهُمْ عَذَابَ الْجَحِيمِ﴾ (الطور :١٨) وكقوله تعالى فى السورة نفسها: ﴿فَمَنَّ اللَّهُ عَلَيْنَا وَوَقَانَا عَذَابَ السَّمُومِ﴾ (الطور: ٢٧) وكقوله تعالى ﴿فَوَقَاهُمُ اللَّهُ شَرَّ ذَلِكَ الْيَوْمِ وَلَقَّاهُمْ نَضْرَةً وَسُرُورًا﴾ (الإنسان : ١١) .

ويروى عن رسول الله ﷺ أنه قال : «اتقوا النار ولو بشق تمرة» أو فى معناه .

أما تعريف الوقاية فهى أى عمل مخطط نقوم به تحسباً لظهور مشكلة معينة أو لظهور مضاعفات لمشكلة قائمة بالفعل ، ويكون الهدف من هذا العمل هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لظهور المشكلة أو المضاعفات أو كليهما (سويف ، ١٩٩٠م، ص١٢) وتعرِّف هيئة الصحة العالمية "WHO" المشكلة بأنها ظاهرة تحكم عليها جهة اجتماعية ذات وزن بأنها تسبب فعلاً ، أو يمكن أن تسبب ، أضراراً أو متاعب للفرد أو المجتمع سواء وجدت براهين علمية أم لم يوجد على صحة هذا الرأى (من خلال : سويف، ١٩٩٠م ص١٢).

ومن اليقينى فى ضوء التعريفين السابقين أن تعاطى المخدرات يمثل مشكلة تسبب بالفعل العديد من الأضرار للفرد والمجتمع على حد سواء وأن هناك براهين علمية وواقعية تعضد هذا الرأي . كما أن هذه المشكلة أو هذه الظاهرة كانت وما تزال فى حاجة إلى الأعمال المدروسة والمرشدة بالعلم لمنع أو تقليل مضاعفاتها القائمة والمحتملة.

مستويات الوقاية :

تجرى منشورات الأمم المتحدة والصحة العالمية على تصنيف إجراءات الوقاية فى ثلاث فئات على النحو التالى :

أولاً - الوقاية من الدرجة الأولى Primary Prevention :

وفى هذا المستوى من الوقاية يتم العمل على تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف والمؤسسات الاجتماعية بالطريقة التى تصبح معها الإصابات الاجتماعية والنفسية أقل ما تكون (هيئة الصحة العالمية، ١٩٨٥م ، ص٥١ : مترجم) . وكما يشير دافيسون ونيل (Davison & Neale, 1994, P., 19g) إلى أن هذا المستوى يركز على تغيير ظروف الحياة المثيرة للمشقة والإرشاد الوراثى Genetic Counseling . بمعنى آخر العمل على منع وقوع الإصابة أصلاً. أى منع وقوع التعاطى (المؤدى إلى الإدمان) أصلا والتدبير لهذا المنع أمر بالغ الصعوبة ، وذلك لتعدد العوامل المسهمة فى حدوث الإدمان (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩١م، ص ١٦٤) .

ويلخص الدكتور أحمد عكاشة أسباب الإدمان كما يراها فيما يلى :

١- العوامل البيولوجية :

(أ) الوراثة : لوحظ أن الإدمان يزيد فى عائلات معينة حيث إن مدمن الكحول- على سبيل المثال- يزيد الإدمان بين أطفاله إلى أربعة أمثاله لدى الآباء غير المدمنين . كما لوحظ أن التوائم المتماثلة Identical twins يزيد الإدمان لديها إلى الضعف عنه بين التوائم غير المتماثلة Fraternal twins ، ويحتمل أن ينتقل إدمان الكحول إلى الطفل عن طريق مستقبلات مخية بتأثير جينات وراثية. وتشير الدراسات التى نُشر ملخص لها فى المجلة الطبية البريطانية عام ١٩٨٠م إلى أن إدمان الكحول ومضاعفاته يزيدان فى أسر المدمنين بصورة خاصة ، فقد اتضح أن ما بين ٢٥ - ٥٠٪ من آباء مدمنى الخمر و٢٠٪ من أمهاتهم يدمنون الخمر (الدمرداش، ١٩٨٢م ، ص٣٧).

(ب) وجود آلام جسمانية مزمنة مثل آلام المفاصل والآلام السرطانية .

(جـ) إدمان الأم أثناء الحمل يجعل الطفل يولد ولديه إدمانا فسيولوجيا .

(د) احتمال اضطراب غير مميز فى المستقبلات الأفيونية ، أو مستقبلات الجابا.

٢ - العوامل النفسية :

(أ) وجود مرض نفسى مثل القلق Anxiety والاكتئاب Depression ومحاولة الشخص علاج نفسه بنفسه Self Medication .

(ب) ضعف تكوين الشخصية وزيادة الاعتمادية Dependeneey .

(جـ) سلوك مستمر باحث عن اللذة والإشباع الفورى.

(د) العناد والرغبة فى المقامرة لوجود عدوان موجه ضد الذات.

(هـ) الإحباط Frustration وغياب الهدف واشتداد المعاناة فى أزمة الهوية التى يبحث فيها المراهق عن نفسه وهدفه .

(و) القابلية للاستهواء Sugstability بواسطة رفقاء السوء.

(ز) وجود أفكار خاطئة حول تعاطى المخدرات كإسهامها فى زيادة الرغبة الجنسية Sexual desire (عكاشة ، ١٩٩٢م، ص٤٨٦ - ٤٨٧) .

وكذلك يرى البعض أن تعاطى المخدرات يمثل - من الناحية النفسية - أسلوباً سلبيا للتوافق Adjustment ذا طبيعة هروبية أو انسحابية لمواجهة المشقة stress والإحباط. حيث يعتقد المتعاطون أن الدخول إلى عالم التعاطى سوف يساعدهم على حل مشكلاتهم وإنهاء صراعاتهم . ويكون الحل هنا خفض القلق أو الشعور به لفترة مؤقتة ، دون حل المشكلة أو إنهاء للصراع ذاته، وعند انتهاء تأثير هذه المواد، يكتشف الشخص أن مشكلته لم تحل على مستوى الواقع وبالتالى يعود إلى المخدرات مرة أخرى هرباً من هذه المشكلة ليتحول إلى شخص آخر معتمد على المخدرات . وتأخذ هذه المخدرات بتلابيبه وتحول بينه وبين الحلول الإيجابية الواقعية لمشكلاته، فيصبح هو ذاته مشكلة معقدة تنعكس آثارها على كل من حوله (يوسف، ١٩٩٠م، ص٦٩٦).

وقد تبين من سلسلة الدراسات التى أجرها سويف وزملاؤه تحت مظلة البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة عن تعاطى المواد النفسية المؤثرة فى الأعصاب على قطاعات من التلاميذ والطلاب (ثانوى عام، ثانوى فنى) طلاب وطالبات الجامعة (على مستوى الأقاليم أو على مستوى القطر كله) وكذلك على شريحة من عمال الصناعة (على مستوى القطر)، إن من بين المناسبات والأسباب التى دعت الذين جربوا تعاطى هذه المواد : المشاركة فى مناسبة اجتماعية سعيدة ، ومشاركة فى جلسة مع الأصدقاء، والتخلص من متاعب جسمية وإرهاق، ومواجهة مشكلات نفسية واجتماعية ، وظروف السفر والرحلات ، وحب الاستطلاع، ومواجهة خلافات عائلية ، والمذاكرة والامتحان. وكان هناك تفاوت ضئيل فى هذه الأسباب والمناسبات بين أنواع المواد النفسية (الأدوية ، المخدرات الطبيعية، الخمور) وبين القطاعات المختلفة (تلاميذ ثانوي، طلاب جامعة، وعمال صناعة) (Soueif et al., 1982'a : : 1982'b : 1986 : 1988; 1990) (وكذلك باللغة العربية، سويف وآخرون ١٩٨٧، ١٩٩٠، ١٩٩١، ١٩٩٢، ١٩٩٤).

ومعنى هذا أن اللجوء لتعاطى مثل هذه المواد يهدف إلى خفض أو تجنب الآثار النفسية والجسمية المترتبة على مجابهة هذه المشكلات أو بمعنى آخر محاولة التوافق والتكيف ولو لفترات قصيرة ، دون وعى بالآثار العكسية المدمرة التى تنجم عن التعاطى (يوسف، ١٩٩٠م، ص٦٩٧).

٣- العوامل الاجتماعية :

(أ) اضطراب الأسرة وعدم استقرارها أو وجود غربة بين أفرادها ، أو سيطرة الأب الباعثة على التمرد ، أو إدمان أحد الوالدين بالإضافة إلى الطلاق أو الانفصال بين الوالدين أو غياب أحد الوالدين المتواصل، خاصة خروج الأم للعمل وتقلص دور الأمومة لديها، والانشغال بمنجزات الحضارة الحديثة عن التفاعل الاجتماعى.

(ب) افتقاد الولاء والانتماء لدى بعض الشباب وغياب الهدف الوطنى العام.

(جـ) نقص مشاركة الشباب وعدم وضوح دورهم فى المجتمع بصفة عامة.

(د) سوء العملية التعليمية وتركيزها على التلقين وتكوين الشخصية السلبية التى تتميز بالقابلية للاستهواء (عكاشة، ١٩٩٢م، ص٤٨٧).

وبرغم هذا التعدد والتعقد فى شبكة الأسباب الكامنة وراء تعاطى المخدرات وإدمانها فإن ذلك لم يحول دون محاولة ممارسة العمل الوقائى من الدرجة الأولى أى محاولة منع وقوع الأفراد فى هاوية الإدمان، ويتم ذلك عادة من خلال الإجراءات التالية :

١- تحديد الجماعات المستهدفة أو الهشة :

يقصد بالجماعات المستهدفة أو الهشة جماعات محدودة داخل المجمع الكبير، يرتفع فى حالتها (أكثر من المعتاد) احتمال تورط أفرادها فى الإدمان. ولا يعنى ذلك أن هؤلاء الأفراد سوف يدمنون المخدرات حتماً، ولكن يعنى فقط أن احتمال الإدمان فى حالتهم أعلى منه فى حالة سائر الجماعات الفرعية التى يضمها المجتمع . ويسهم فى ارتفاع الاحتمال المشار إليه عدة عوامل. ويعتبر تحديد هذه

العوامل واحداً من الاهتمامات الكبرى للباحثين فى شتى أنحاء العالم. ومن أهم العوامل التى يشير إليها عارف Arif وويسترماير Westermeyer هى :

(أ) وجود تاريخ للإدمان فى الأسرة.

(ب) الانهيار الأسرى.

(جـ) الدخل المنخفض.

(د) ضعف الوازع الدينى.

(هـ) اختلال الانضباط فى الأسرة.

(و) تدخين السجائر قبل بلوغ سن ١٢ سنة .

(ز) مصاحبة أقران مدمنين .

(حـ) الظروف السيئة فى بيئة العمل (من خلال : لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩١م، ص١٦٤ - ١٦٥) .

٢- استخدام الأساليب التربوية :

يفرق المختصون بين أسلوب التربية Education وأسلوب إعطاء المعلومة بأن الأول لا يقتصر على تقديم المعلومة (عن موضوع معين) خالصة وكأنها فى فراغ ولكنه يقدمها منسوجة فى سياق قيمى معين، يتفق مع السياقات الأخرى المعمول بها فى مجتمع التنشئة.

وهناك طرق متعددة لاستخدام الأساليب التربوية فى ميدان الوقاية الأولية من تعاطى المخدرات ، تحتلف فيما بينها من حيث أعمار المجموعات التى توجه إليها هذه الأساليب ، وباختلاف المواقف التى توجه فى إطارها هذه الأساليب . فما يصلح منها ليوجه إلى صغار الصبية فى إطار العمل فى المدارس الإعدادية لا يصلح لمخاطبة شباب مراهقين فى أواخر مرحلة التعليم الثانوى أو أوائل مرحلة التعليم الجامعى . وما يصلح لأولئك وهؤلاء لا يصلح لأن يقدم فى موقف دعائى داخل أحد النوادى أو فى إحدى جمعيات النشاط الأهلى (المرجع السابق، ص١٦٥).

معنى هذا أن التربية والتعليم إحدى القنوات التى ينبغى استغلالها لممارسة العمل الوقائى من الدرجة الأولى. ويمكن النظر فى إمكان استغلال المناهج والمقررات الدراسة للتوعية بالأضرار الصحية والاجتماعية للمخدرات، على أن يتم ذلك بطريقة مدروسة وواقعية بحيث تتناسب وطرق عرضها مع المرحلة الدراسية المستهدفة، كما ينبغى تزويد المعلمين والمرشدين بالمعلومات الصحيحة والمهارات اللازمة للتعامل مع هذه المشكلة بشكل ملائم (القرنى، ١٤١١هـ، ص١٥٠).

٣- العناية المبكرة بالحالات تحت الإكلينيكية :

يعانى عدد غير قليل من الشباب من أشكال ودرجات معينة من الاضطرابات والأعراض التى لاترقى لأن تشخص بأنها أعراض إكلينيكية تضعهم فى عداد المرضى ، ولكنها مع ذلك لا تتركهم ليحسبوا ضمن الأسوياء . ويستخدم فى هذا الصدد مصطلح «الحالات تحت الإكلينيكية» Sub-Clinical groups وتشير عدد من الدراسات الميدانية، فى العديد من الدول، إلى أن نسبة كبيرة من هذه الحالات تفصح عن نفسها فيما بعد فى شكل حالات تعانى من أمراض نفسية وعصبية معينة، وذلك تحت ضغط مختلف العوامل المرسبة للمرض، كما أن نسبة أخرى يمكن أن تكون تربة خصبة لظهور أنماط مختلفة من الإدمان، الذى يخدم وظيفة محددة بالنسبة لها، وهى التداوى الذاتى، ولعل ما يدعو إلى أن نفرد لهذه المجموعة بنداً خاصاً بها دون أن ندخلها ضمن المجموعات الهشة التى سبق الإشارة إليها، هو أن العوامل الأساسية التى تسهم فى دفعها إلى الإدمان هى عوامل مرضية أكثر منها عوامل اجتماعية أو ديموجرافية (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩١م، ص١٦٦).

ونحن نعتقد أن المرشدين الطلابيين فى المدارس، والاخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى المؤسسات النفسية والاجتماعية المختلفة وفى المجتمع بصفة عامة يمكنهم القيام بدور هام فى المشكلات الصحية ذات الخلفية السيكولوجية كتعاطى المخدرات والجناح على سبيل المثال (هيئة الصحة العالمية ١٩٨٥م، ص٥٦، مترجم).

وإذا ركزنا على المشكلة التى بين أيدينا وهى مشكلة تعاطى المخدرات وعلى القطاع الأكثر أهمية وهو قطاع التلاميذ نجد أن المرشدين الطلابيين يمكنهم القيام بدور فى غاية الأهمية بالنسبة للإجراء الثالث من إجراءات الوقاية الأولية ألا وهو اكتشاف الحالات تحت الإكلينيكية ، المهيئة للدخول إلى عالم التعاطى فى ظل ظروف معينة. ويمكننا نحن أن نعينهم فى ذلك بإمدادهم بالمعلومات والبيانات المستمدة من البحوث الواقعية على التلاميذ والطلاب، خاصة الجوانب المتصلة بالوقاية فى تلك الدراسات والبحوث.

وحتى نتحول من الحديث العام إلى الحديث الأكثر تحديداً نقدم أمثلة لكيفية الاستفادة الوقائية من البحوث الميدانية ، وهى مجموعة من البحوث التى قام (ويقوم) بتنفيذها البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة على قطاعات التلاميذ والطلاب منذ منتصف السبيعينيات وحتى الوقت الراهن.

ومن بين أكثر النتائج التى انتهت إليها تلك الدراسات ثباتاً تحديد العمر الشائع لبدء تجريب الشباب فى مجال التعاطى، فقد تبين أنه يقع حول سن ١٦ سنة بالنسبة لقطاع تلاميذ المدارس الثانوية والمدارس الفنية المتوسطة ، وحول ١٩ سنة بالنسبة لطلبة الجامعات. كما تبين صدق هذا التحديد بالنسبة لتدخين السجائر ، وتعاطى الأدوية النفسية، وتعاطى المخدرات الطبيعية، وشرب الكحوليات. وثمة معلومة أخرى تكمل هذه الحقائق ، وهى معلومة تتعلق بالتناقص الحاد فى أعداد الشباب الذين يبدأون التجريب بعد سن العشرين، ويستمر المنحنى فى الهبوط حتى يكاد يلمس الإحداث الأفقى للرسم فى حوالى سن الثلاثين، بما يعنى أنه يندر أن يبدأ شاب ممن ينتمون إلى الشرائح الاجتماعية التى درسناها، بعد بلوغه سن الثلاثين. وتبدو دلالة هذه المعلومات وقد تجمعت على هذا النحو فى بؤرة واضحة، تبدو واضحة فيما يتعلق بتحديد من نسميهم بالجماعات الهشة (التى سبق الإشارة إليها) بحيث يكونون هدفاً للبرامج الوقائية ويترتب على هذه الحقائق عدد من الاعتبارات نذكرها فيما يلى :

(أ) لا معنى لتوجيه أية برامج تدور حول الوقاية الأولية إلى رجال تقع أعمارهم فوق الثلاثين ولم يتعاطوا أية مواد نفسية.

(ب) أفضل عائد يمكن تحقيقه من برامج الوقاية يتم إذا ركزنا توجيه هذه البرامج على الشباب الذكور فى السن ما بين ١٦-١٩ سنة. (سويف وآخرون، ١٩٨٧، ص١٠٥) . وهذا يعنى بشكل أوضح أن تلاميذ المدارس الثانوية بالذات من بين قطاعات التلاميذ ، هم أحق الناس بالبرامج الوقائية لأن غالبيتهم تقع فى هذه المرحلة العمرية ، ويمكن بالطبع الامتداد بهذه السن قليلاً هبوطًا إلى أواخر المرحلة المتوسطة أو صعودًا إلى طلاب الجامعة وهو ما يعنى بدوره المسئولية الممكنة للمرشدين الطلابيين فى القيام بهذه البرامج الوقائية.

ومن أمثلة التطبيقات الوقائية لنتائج البحوث الوبائية Epidemiological re- searches ما تبين من أن غالبية الشباب الذين يقدمون على تجريب تعاطى المواد النفسية أيًا كانت يتوقفون بعد فترة وجيزة وأن نسبة من يواصلون التعاطى نسبة محدودة تتراوح غالبًا ما بين ١٠٪ و ٣٥٪ بمتوسط عام مقداره ٢٥٪ تقريبًا من المجربين . وهى نتيجة ثابتة بالنسبة لجميع المواد النفسية ، ولجميع الشرائح الاجتماعية التى درست . من هنا فإنها يمكن أن تساعد مخططى البرامج الوقائية عى الاحتفاظ بخططهم وبالميزانيات اللازمة لتنفيذها فى حدود معقولة . كما توحى أيضًا بإمكانية خفض أعداد المستمرين فى التعاطى (المدمنين) وذلك بابتكار الوسائل الوقائية التى تقلل من عود المجربين أصلاً .

ومن النتائج ذات الدلالة الهامة فى هذا السياق ، أن هناك نسبة بين غير المتعاطين يمكن أن تتعاطى هذه المواد النفسية . حيث تراوحت هذه النسبة من ٢٪ إلى ١٠٪ وهم الذين أبدوا استعدادهم للتعاطى إذا سمحت الظروف ، ومعنى ذلك أن هذه النسبة من التلاميذ والطلاب يمكن إدخالها فيمن نسميهم بالجماعات الهشة أو المعرضة للتعاطى . وبالتالى ينبغى أن نحسب حسابهم عند التخطيط للبرامج الوقائية .

وهناك نتيجة أخرى يمكن أن تضاف إلى النتيجة السابقة وهى تتصل بالأفكار الشائعة عن المواد النفسية . فقد تبين أن ما لا يقل عن ١٠٪ من عينة تلاميذ المدارس الثانوية يعتقدون بأن تناول الأدوية النفسية مفيد ، حتى ولو تم ذلك بدون إذن طبى وما بين ٢ ، ٥٪ لديهم نفس الاعتقاد بالنسبة لتعاطى المخدرات الطبيعية والكحوليات وبين تلاميذ المدارس الفنية تقل النسبة المئوية للأفراد الذين يرون هذه الآراء نفسها وبرغم انخفاضها فإنها موجودة ، وحتى طلاب الجامعات يوجد بينهم من يتبنون مثل هذه القناعات ، ولكن بنسب منخفضة بعض الشىء . ورغم أن هذه الآراء تسود بين المتعاطين أكثر منها بين غير المتعاطين ، فإنه لا يجوز تجاهلها ، لأن انتشارها أمر سهل ومتوقع ، خاصة وأنها تمثل جزءًا من ثقافة شعبية منتشرة حول المخدرات وبالتالى ينبغى على من يعنون بالوقاية أن يقوموا بنشر المعلومات الصحيحة حول الآثار المباشرة Immediate والآثار بعيدة المدى Long term لتعاطى المواد النفسية ، على أن تكون مستندة إلى الأدلة العلمية ، وتمتاز بالموضوعية وعدم الإثارة ، وألا تكون أقرب إلى الشكل الإيجابى الذى يعزز حب الاستطلاع Curiosity عند الشباب . (المرجع السابق ، ص١٠٦-١٠٧) .

ونحن نعتقد أن المدارس واحدة من أهم المؤسسات التى ينبغى أن نبث فيها المعلومات الصحيحة حول المخدرات سواء من خلال المقررات الدراسية المناسبة، أو من خلال النشاطات اللاصفية ، ويشترط توافر الثقافة الصحيحة لدى المعلمين أولاً ، باعتبارهم نماذج أو قدوات للتلاميذ . وكذلك الإعداد الجيد علميًا وعمليًا للمرشدين الطلابيين باعتبار أن لهم دورًا مهمًا فى النشاطات اللاصفية ، كما أن عليهم عبء الاكتشاف المبكر للجماعات الهشة وأنواع السلوك غير التكيفى maladaptive التى يمكن أن تكون بمثابة الهاديات Cues الدالة على الوقوع أو احتمال الوقوع فى تعاطى المخدرات .

ومن الحقائق بالغة الأهمية كذلك وجود ارتباط قوى بين تعرض الشباب لعدد كبير من المؤثرات النفسية الاجتماعية المتصلة من قريب أو بعيد بموضوع المواد النفسية وبين إقبال هؤلاء الشباب على التعاطى . والتضمين الوقائى لمثل هذه

النتيجة هو التفكير فى كيفية خفض تعريض الصغار والناشئة لما يُعرف باسم «ثقافة المخدرات» حتى لا نعجل بإثارة دافع حب الاستطلاع لديهم نحو التعرف على عالم المخدرات ، خاصة إذا لم نكن مستعدين لإشباع هذا الدافع بالمعلومات الصحيحة والواقعية .

ونود أن نشير هنا إلى إحدى القنوات الهامة التى توفر ثقافة المخدرات ، ونعنى بها وسائل الإعلام حيث تحتل هذه الوسائل رأس قائمة المصادر التى أشار إليها التلاميذ والطلاب فى عينات البحوث السابقة على أنها كانت مصدرهم الأساسى فى التعرض للمعلومات عن المخدرات ، ومن ثم يمكن القول بأن وسائل الإعلام سلاح ذو حدين ، لذا ينبغى استخدامها بحرص وحذر ، وأن يتم التعاون بين وسائل الإعلام ومؤسسات البحث العلمى حتى تتم الاستفادة منها على الوجه الأكمل .

وأخيرًا فقد تبين أيضًا أن المتعاطين من صغار الشباب بوجه خاص يشاركون أكثر من غير المتعاطين فى النشاطات غير الدراسية (وهى نتيجة هامة بالنسبة لسياق البحث الحالى) كما تبين أيضًا أن الروابط العائلية فى حالة الشباب المتعاطين تميل إلى أن تكون أضعف منها فى حالة الشباب غير المتعاطين (المرجع السابق ، ص١٠٨) .

إن ما قدمناه من استخلاصات علمية بهدف توظيفها لأغراض الوقاية من الدرجة الأولى لا يعنى أن هذا المستوى كاف فى حد ذاته ، ولن يجرنا إلى الانقياد وراء الحملات الدعائية غير الواقعية وغير المحددة ، والتى يرى أصحابها - وهم عادة من غير المتخصصين - أنه يمكن القضاء على ظاهرة تعاطى المخدرات قضاءً مبرمًا ، بل والأكثر من ذلك أن هذا يمكن أن يتم فى غضون عدة أشهر (سويف ، ١٩٩٠م ، ص٧٣) . إننا لا ندعو إلى التشاؤم كما أننا لا نقبل التسطيح ما دمنا نرتكز على أسس علمية واقعية . فتعاطى المخدرات وشرب المسكرات لم يتوقف برغم كل الجهود المبذولة تشريعًا ومكافحة ، وعلاجًا ، وهو ما يدعونا إلى التأكيد على أن أهداف الوقاية ينبغى أن تكون محددة وواقعية وبالتالى نرى أن مقولة المنع أقرب إلى الاستحالة منها إلى الإمكانية ، ونرى أن نحدد هدفًا أكثر

واقعية وهو الحديث عن الخفض أو التقليل بدلاً من المنع، لأن تاريخ المخدرات يعود إلى مئات السنين ولم يحدث أن اختفى تمامًا على الأقل فى بعض المجتمعات. ويكفى أن نعرف أن بعض المؤرخين يرى أن الحشيش قد أدخل إلى مصر فى حوالى منتصف القرن الثانى عشر الميلادى (من خلال: لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩١م، ص٣٩). وما زال مستمراً بل وأضيفت له مواد أخرى لم تكن معروفة من قبل. ومن الواضح أن سوق المخدرات تعرف الجديد باستمرار ، مثل تصنيع المواد الكيماوية (عيد، ١٩٩٢م) وتعاطى بعض الأدوية الطبية ، كأدوية علاج السعال، فى أغراض غير علاجية ، كذلك المواد الطيارة وغير ذلك كثير. ولعل هذه الأسباب هى التى دعت إلى إيجاد خط ثان للدفاع ضد المخدرات أو ما يسمى بالإجراءات الوقائية من الدرجة الثانية .

ثانياً - الوقاية من الدرجة الثانية Secondary Prevention :

ويقصد بها التدخل العلاجى المبكر ، بحيث يمكن الوقاية من التمادى فى التعاطى والوصول به إلى مرحلة الإدمان ، وكل ما يترتب على مرحلة الإدمان من مضاعفات . وبالتالى تصبح المشكلة الأساسية فى هذا المستوى هى كيفية الكشف عن وجود حالات التعاطى المبكر حتى يمكن التدخل فى الوقت المناسب (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩١م، ص١٦٧).

وهناك بعض العلامات التى تعزز احتمال تعاطى المواد النفسية بصفة عامة وهى :-

١- الانطواء والانعزال عن الآخرين بصورة غير معتادة.

٢- الإهمال وعدم الاهتمام أو العناية بالمظهر.

٣- الكسل الدائم والتثاؤب المستمر.

٤- شحوب الوجه والعرق والرعشة فى الأطراف.

٥- فقدان الشهية والهزال والإمساك.

٦- الهياج لأقل سبب بما يخالف طبيعة الفرد المعتادة.

٧- الإهمال الواضح فى الأمور الذاتية ، وعدم الانتظام فى الدراسة أو العمل.

٨- إهمال الهوايات الرياضية أو الثقافية.

٩- اللجوء إلى الكذب والحيل الخادعة للحصول على مزيد من المال.

١٠- اختفاء أو سرقة بعض الأشياء الثمينة من المنزل دون اكتشاف السارق حيث يلجأ المدمن إلى السرقة من أجل الحصول على المال اللازم لشراء المادة التى أدمنها . (عكاشة، ١٩٩٢م.ص٤٩٨).

وتشير كثير من الدراسات الميدانية إلى أن نسبة كبيرة من الشباب حديثى العهد بالتعاطى على استعداد للتوقف والرجوع عنه بسهولة نسبية وهو بعد فى مرحلة التجريب والاستكشاف ويتضح من الدراسات المصرية فى هذا الصدد أن نسبة من يتوقفون ويتراجعون عن التعاطى وهم لا يزالون فى هذه المرحلة تقترب من ٧٥٪ ممن يتقدمون للاستكشاف وأن هذه النسبة ثابتة فيما يتعلق بمعظم المخدرات والمواد النفسية وهؤلاء غالبًا ما يتم تراجعهم تحت ضغوط محدودة الثقل من عوامل وأفكار ومخاوف قد تبدو شديدة الخفة أمام المشاهد الخارجى وهذا ما يرجح أن التدخل العلاجى فى هذه المرحلة من شأنه غالبًا أن يكون مجديًا فى إنقاذ نسبة لا يستهان بها من الشباب .

كذلك تكشف كثير من الدراسات المصرية والأجنبية عن عدد من المؤشرات تنبئ بجدوى جهود التدخل المبكر ، ومن هذه المؤشرات الاستقرار الأسرى ، والتوافق الدراسى ، وعدم تدخين السجائر ، والخلو من الاضطرابات النفسية والنفس جسمية Psychosomatic (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩١م ، ص ١٦٧-١٦٨) .

ثالثًا : الوقاية من الدرجة الثالثة : Tertiary Prevention

وهى مرادف للعلاج ونركز فيها على التقليل من المترتبات طويلة المدى للاضطراب أو لتعاطى المخدرات (Davison & Neale, 1994, P., 19 g) . ويهدف هذا المستوى إلى تقليل احتمالات الانتكاس Relapse أو العودة إلى التعاطى مرة أخرى ، وكذلك الحيلولة دون تحول المدمنين إلى المصير المزمن Chronic من خلال إيقاف

عملية التدهور deterioration المترتبة على تعاطى المخدرات ، وتقليل دواعى البقاء بالمؤسسات العلاجية Hospitalizatian لفترات طويلة لتجنب الآثار الجانبية لهذا الحجز فى تلك الأماكن ، خاصة إذا لم تكن مهيأة لإقامة مثل هؤلاء الأفراد (هيئة الصحة العالمية ، ١٩٨٥م ، ص ٥٦ : مترجم) . كما أن العلاج الفعَّال الذى ينطوى على احتمال مرتفع لعدم الانتكاس ، يمكن أن يحمى المدمن من خطر الانضمام إلى المجموعات الهدامة ، والتورط فى السلوك الإجرامى المرتبط بالإدمان (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩١م . ص١٧٠) .

وبالنظر إلى الدرجات أو المستويات الثلاثة السابقة من الوقاية ، يمكن القول إن دور المرشدين الطلابيين فى المدارس ربما يكون محدودًا للغاية بالنسبة للدرجة الثالثة وقد يقتصر على مجرد تحويل الحالات المبكرة أو «تحت الإكلينيكية» إلى الجهات المختصة بالعلاج . ومن الممكن – بالطبع – أن يقوموا بدور بالغ الأهمية فى عملية التأهيل Rehabilitation والاستيعاب الاجتماعى لتلك الحالات أثناء العلاج وبعد الشفاء . وكذلك القيام بدور مؤثر فى عملية المتابعة Follow Up .

ولكن يبقى للإرشاد الطلابى دور آخر – إذا ما أحسن استغلال هذا التخصص وأحسن تدريب العاملين فيه – فى الوقاية من المستويين الأول والثانى حيث يقع عليهم عبء نشر المعلومات الصحيحة عن المخدرات ، واكتشاف الجماعات المعرضة والحالات الإكلينيكية . كما سيتضح فى سياق تالٍ (انظر فى ذلك «يوسف ، ١٩٨٩م ، ١٩٩٤م) .

الإجراءات الوقائية : منظور متكامل

نقدم فيما يلى عددًا من الإجراءات الوقائية العامة والتى ينبغى أخذها فى الاعتبار عند التفكير فى استراتيجية شاملة لمواجهة ظاهرة تعاطى المخدرات والإدمان .

(أ) التشريعات والقوانين :

تختلف المجتمعات فى تعاملها مع المسكرات وبعض المواد النفسية ، وتتفق على البعض الآخر ، وهناك مجتمعات تتساهل مع بعض هذه المواد كالخمور أو

القات – على سبيل المثال – وتعتبر بعض المجتمعات تدخين الأفيون من العادات الاجتماعية المقبولة . وهناك مجتمعات أخرى رافضة لهذه المواد تمامًا .

وبرغم الاختلاف فى وجهات النظر فإن كل المجتمعات تدرك تمامًا أضرار المسكرات والمخدرات ولذلك تقوم كل دولة بوضع القوانين وسن التشريعات للحد من تعاطيها أو تداولها . وإذا كانت الدولة المتساهلة تواجه زيادة استهلاك الخمور – مثلاً – بفرض الضرائب الباهظة فإن الدول الرافضة ومنها بعض الدول الإسلامية – كالمملكة العربية السعودية – تحرم صنع وبيع وتعاطى الخمر استنادًا إلى الشريعة الإسلامية ونصوص القرآن الكريم القاطعة كقوله تعالى : ﴿ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالأَنصَابُ وَالأَزْلامُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ ﴾ (المائدة آية ٩٠) . ومع ذلك هناك بعض الدول الإسلامية التى تبيح تعاطى الخمر بشروط معينة (الدمرداش ، ١٩٨٢م ، ص ١٠٦، ١٦٧) .

من أجل هذا كان إصدار القوانين والتشريعات من أهم الوسائل المستخدمة لمواجهة مشاكل تعاطى المخدرات وتهريبها (القرنى ، ١٤١١هـ ، ص١٤٥) . وسوف نأخذ مثالين لتوضيح تطور التشريعات والقوانين لمواجهة ظاهرة تعاطى المخدرات الأول من مصر ، حيث يتضح لمن ينظر عن قرب فى تاريخ محاربة استخدام التشريع كأداة بالغة الأهمية فى إدارة دفة هذه المجابهة وذلك منذ صدور أمر عال عام ١٨٧٩ بتحريم استيراد وزراعة الحشيش وحتى صدور القانون ١٢٢ لسنة ١٩٨٩م . وتصديقًا لذلك فقد جاء فى المذكرة الإيضاحية للقانون الأخير ما نصه «وإذا كانت هذه المجابهة تتسع لتشمل جهودًا فى ميادين شتى منها الثقافى والدينى والتعليمى والاقتصادى والصحى والأمنى ، فإن التشريع يبقى ميدانًا من أهم ميادين هذه المجابهة ، حيث يتم تأثيم الأفعال المتصلة بهذا النشاط والعقاب عليها بدوره كقوة الردع الأساسية فى درء هذا الخطر . وبنظرة استقرائية عبر التشريعات التى توالت على امتداد تاريخ المكافحة نجد أن معظم التشريعات فى تواليها اتجهت نحو مزيد من التشدد وفلسفتها فى ذلك هى تحقيق مزيد من الردع ، وحجتها لتبرير

هذه الزيادة أن كل ما صدر من قبل لم يكن كافيًا لتحقيق الردع المطلوب (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩١ م ، ص ٩٥ - ٩٦) .

وتكشف نظرة سريعة للتعديلات التى أدخلت على أحكام القرار بالقانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠م والتى صدر بها بعد ذلك القانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٨٩م أن المادة ٣٣ نصت على أن تكون العقوبة فى حالة الجلب والتصدير والإنتاج والزراعة والتجارة مع العصابات هى الإعدام والغرامة المالية الضخمة . أما المادة ٣٤ فنصت على أن تكون العقوبة هى الإعدام أو الأشغال الشاقة المؤبدة فى حالة الحيازة والشراء والبيع وسوء التصرف فى التراخيص وإدارة الأماكن (انظر : عكاشة، ١٩٩٢ م ، ص٧٦٤) .

والمثال الثانى من المملكة العربية السعودية حيث صدر الأمر السامى الكريم بالموافقة على نظام منع الاتجار بالمواد المخدرة برقم ٣٣١٨فى ١٣٥٣/٣/٩هـ وجرى تعديل الأحكام الخاصة بالعقوبات بقرار مجلس الوزراء رقم ١١ فى ١٣٧٤/٢/١هـ وكانت العقوبة فى ذلك الوقت للتهريب هى السجن بالإضافة إلى العقوبات الأخرى كمصادرة المواد المهربة ، والغرامة المالية ، والفصل من العمل ، والمنع من السفر ، والإبعاد (للأجانب) كما كان المتعاطى يعاقب بالسجن لمدة سنتين مع التعزير والإبعاد (للأجانب) . وفى العاشر من شهر رجب ١٤٠٧ هـ صدر الأمر السامى الكريم بالموافقة على قرار مجلس هيئة كبار العلماء والذى يتضمن تطبيق عقوبة القتل على مهربى المخدرات (القرنى ، ١٤١١هـ١٦٩ - ١٧١ ، الركبان، ١٤١١هـ الدويش ، ١٤١١هـ ، البنانى ١٤١١هـ) .

إن وجهة النظر القائلة بأن العقاب يقلل من الجريمة ، قديمة قدم الفكر نفسه ، ومؤدى ذلك أنه إذا كان الخوف من العقاب يقلل الجريمة ، فإن زيادة العقاب تقلل الميل للإجرام .

وبرغم ذلك فهناك دراسات تشير إلى أن العقاب الشديد يبدو غير فعَّال فى منع الجريمة إذا قورن بالعقاب معتدل الشدة . ولكن الخوف من الألم يبقى كواحد من الدوافع الأساسية وراء انخفاض معدلات الجريمة . وتشير بعض الدراسات التى

أُجريت على الأطفال الصغار إلى أن توقيت العقاب وانتظامه يؤثران فى معدلات حدوث السلوك المنحرف .

وذكر كوك Cook ١٩٧٧م تجارب طبيعية تؤيد وجهة النظر القائلة بأن زيادة احتمال العقاب أدت إلى تناقص الجريمة ، فقد انخفضت الجرائم فى الطرق الفرعية فى مدينة نيويورك عام ١٩٦٥م عندما تزايد وجود الشرطة بها ، وبقيت الجرائم كما هى فى بعض أجزاء المدينة التى تزايد وجود الشرطة بها بنسبة ٤٠٪ فقط ، بينما تزايد معدل الجريمة فى بقية أجزاء المدينة ، كذلك انخفضت الحوادث بنسبة ٢٥٪ - تقريبًا - فى بريطانيا بعد الإعلان عن قوانين جديدة تتعلق بالقبض على الذين يقودون سياراتهم وهم مخمورون . وفى المقابل أوضحت دراسات أخرى وجود علاقة عكسية قوية بين معدلات الجريمة ومقياس التأكد من العقاب (من خلال : ربيع وآخرين ، ١٩٩٥م ، ص ٥٢٨ - ٥٢٩) .

وفى ظل هذا التباين فى الآراء حول فعالية القوانين والعقوبات ، نقف لنتساءل عما إذا كان يحق لنا أن نمضى نحو مزيد من التفاؤل نحو حل المشكلة حلاً نهائيًا من خلال تشديد العقوبات وإصدار التشريعات كما يرى البعض ويطالب بذلك .

من الواضح أنه يوجد أحيانًا ميل لدى البعض يسمى «المركزية القانونية» أو «التمركز فى القانون» أى وجود حالة من القناعة (الصريحة والضمنية) بأن مشكلة المخدرات بكاملها يمكن حلها بسلطان القانون . وبدلاً من اعتبار الحلول القانونية جزءًا من خطة شاملة وأن هذه الخطة هى سياسة تمتد لتشمل الجوانب الطبية والاجتماعية لمشكلة التعاطى ، يقدم التشريع كما لو كان هو الجذر الذى ينبغى الرجوع إليه فى كل ما يتعلق بتشكيل أهداف هذه السياسة ، ويأتى هذا الميل عادة منطويًا على اتجاه تجريمى ، وبالتالى عقابى نحو التجار والمتعاطين على حد سواء (ومن أمثلة ذلك مطالبة بعض الصحفيين المصريين بإعدام التجار والمتعاطين معًا) وهذا هو الاتجاه الذى يملى مزيدًا من تغليظ العقوبة كلما دعت الحاجة إلى إعادة النظر فى الموقف كله ومع ذلك فتوجد أمامنا أمثلة لسجلات تاريخية تشهد بأنه

على الرغم من هذه الحركة المستمرة نحو مزيد من قسوة الأحكام القضائية فقد استمر موقف المخدرات فى التدهور (سواء فيما يتعلق بالعرض أى التهريب والاتجار أو بالطلب أى التعاطى) . بل إنه حتى مع التشريع بتوقيع عقوبة الإعدام بالنسبة لأنواع معينة من الاتجار ، وبإصدار أحكام بالسجن لعدة سنوات بالنسبة لتعاطى مواد بعينها ، فقد استمر موقف المخدرات يزداد سوءًا فى بعض الدول (ومنها مصر) (سويف ، ١٩٩٠م ، ص ٨٠) .

إنّ هذا الطرح الواقعى لا يهون من شأن القوانين العقابية فى ردع المغامرين والحد منْ انتشار ظاهرة تعاطى المخدرات وليس دعوة لتخفيف العقوبات أو التخلى عنها . وإنما هو اعتراض على الاعتقاد بأن القوانين هى الحل الأوحد لهذه المشكلة كما يروج البعض ، فمن المعروف أن الرءوس المدبرة والعصابات التى تدير هذه التجارة غالبًا ما تكون بمنأى عن العقاب ، وأن لديها من الأساليب ما يمكنها من استغلال بعض الذيول ، بعدأن تحكم سيطرتها عليهم ، فى تنفيذ مآربها والقيام بهذه المغامرة رغم شدة العقوبات ، لذلك ينبغى التفكير فى الوقاية من منظور شامل وتكاملى يحوى عناصر أخرى إضافة إلى التشريعات والقوانين .

(ب) جهود المكافحة :

تخضع عمليات التهريب وترويج المخدرات والعقاقير السامة للأسس والقواعد التى تعتمد عليها التجارة التقليدية والقائمة على قانون العرض والطلب ، وغنى عن القول إنه أصبح من الضرورى أن تكون أجهزة مكافحة المخدرات على علم ودراية بكل ما يستجد من الوسائل الجديدة أو المتطورة والتى تستخدم فى عمليات التهريب (لوكلير ١٤١٤هـ ، ص ٣٦ - ٣٧) .

كذلك ينبغى تكثيف التعاون الدولى للكشف عن المهربين والمروجين (الجوير، ١٤١١ هـ ، ص ١١) .

وتوجد فى كل دولة عدة جهات تعد مسئولة عن تنفيذ القانون وتعمل على الحيلولة دون دخول المخدرات إلى السوق المحلية أو بمعنى آخر مكافحة العرض ، وفى مصر تعتبر الإدارة العامة لمكافحة المخدرات هى الجهاز المحورى فى الدولة

لتنظيم هذه الجهود وهى تقوم بالتنسيق مع عدد من أجهزة الدولة ومنها قوات حرس الحدود (وزارة الدفاع) ومصلحة الجمارك (وزارة المالية) والإدارة المركزية للشئون الصيدلية (وزارة الصحة) والإدارة العامة للدفاع الاجتماعى (وزارة الشئون الاجتماعية) ، كما تتعاون مع عدد من أجهزة وزارة الداخلية منها قوات الأمن المركزى ، وأكاديمية الشرطة (وحدة كلاب الأمن والحراسة) ومصلحة أمن الموانى، ومصلحة الأمن العام (المكتب المركزى للشرطة الجنائية الدولية) والإدارة العامة لشرطة المسطحات المائية ويدخل فى نطاق مسئوليتها كذلك التنسيق مع الأجهزة المعنية بمكافحة المخدرات بهيئة الأمم المتحدة ، مثل صندوق الأمم المتحدة للرقابة على تعاطى المخدرات ، والهيئة الدولية لمراقبة المخدرات ، ولجنة المخدرات ، وشعبة المخدرات ، وأيضًا التنسيق مع منظمة الشرطة الجنائية الدولية (الإنتربول) (من خلال: لجنة المستشارين العلميين ،١٩٩١م، ص٩٣ - ٩٤) .

ويتركز مضمون جهود المكافحة فى ضبط المخدرات على المستوى المحلى، والضبط بالتعاون مع إدارة المكافحة بعدد من الدول ، وملاحقة الهاربين من الأحكام القضائية الخاصة بالتهريب والاتجار على المستوى المحلى والدولى وحصر ثروات عدد من كبار التجار والمهربين وتقديم نتائج الحصر للجهات القضائية المختصة . والمشاركة فى دراسة وإعداد مجموعة من الاتفاقيات الدولية ، والمشاركة فى عدد من المؤتمرات الدولية الخاصة بالمكافحة ، وتبادل المعلومات مع الأجهزة الدولية المعنية بالنشاط المجرم حول المخدرات (المرجع السابق ، ص ٩٥).

وفى المملكة العربية السعودية توجد الإدارة العامة لمكافحة المخدرات وتتبع الإدارة العامة ١٤ إدارة فرعية ، وشعبتان ، و١١ قسمًا ، و٢٤ وحدة ، و٨ مراكز ، و٧مكاتب فى مطارات المملكة ومستشفيات الأمل هذا بالإضافة إلى مكتبين أحدهما فى باكستان والآخر فى تايلاند (الصقرى ، ١٤١٤ هـ ، ص٢١) . كما تشارك الإدارة العامة هيئات أخرى كمصلحة الجمارك والتى تعتبر خط الدفاع الأول ضد محاولات التهريب ومكافحة أنواعه بما فيها المخدرات ، وحرس الحدود

والرئاسة العامة لهيئات الأمر بالمعروف والنهى عن المنكر ، واللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات (المرجع السابق ص٢٢ - ٢٦ والفاضل ١٤١٤هـ ، ص ١٤٣) .

ومن البديهى أن الدور الذى تقوم به تلك الجهات سواء فى مصر أو فى المملكة العربية السعودية ، أو فى غيرهما من الدول ، من الأهمية بمكان للحد من انتشار المخدرات والتقليل من مترتباتها السيئة .

ولكن هذه الجهود مهما تعاظمت لن تكفى للقضاء على هذا الخطر الداهم ويكفى أن نعرف أن إحدى طرق تقدير المخدرات التى تدخل أى بلد تعتمد على ضرب كمية المضبوط من مخدر ما فى عامل معين ٥ أو ١٠ واعتبار حاصل الضرب هو أقرب تقدير لكم هذا المخدر داخل ذلك البلد بعد كل عمليات الضبط .

فإذا أخذنا المعلومة التى تقول إن كمية الحشيش المضبوطة فى عام ١٩٨٨ م فى الوطن العربى ١٥,٥٠ طن (فتحى عيد ، ١٩٩٢م) وإذا ضربنا هذا الرقم فى ٥ يكون المتسرب إلى داخل الوطن العربى ٧٧,٥ طن أما إذا ضرب فى ١٠ فسيكون الناتج ١٥٥ طنًا من الحشيش ومشتقاته . وهو بلا شك رقم فى غاية الضخامة مع العلم بأن هذا المقدار المضبوط هو أقل بكثير عما سبق فقد كان المضبوط فى عام ١٩٨٧م أى العام السابق عليه ٤١٠ أطنان مع الأخذ فى الاعتبار أن بعض الدول العربية لم تبلغ عن مضبوطاتها أو أن بعض الدول الأخرى أعطت تقديرات غير واقعية (المرجع السابق) . وإذا كان هذا هو الوضع بالنسبة للحشيش فما بالنا إذا جمعنا بقية المواد المخدرة والمسكرة وقمنا بعلميات حسابية مماثلة ، لاشك أن الوضع سيكون مثيرًا للقلق . وهو ما يحتم ضرورة وجود أساليب أخرى للوقاية إضافة لما سبق .

(جـ) جهود التوعية :

لا خلاف على أهمية جهود التوعية فى الوقاية من تعاطى المخدرات والمسكرات كما هو الحال فى شأن التوعية بموضوعات أخرى كالأمراض، والتلوث، والآداب العامة ، ومظاهر السلوك الحضارى ، غير أن التوعية بالمخدرات وما يتعلق بها أكثر صعوبة وتعقيدًا من الموضوعات الأخرى .

ولعل الاختلاف هنا يرجع إلى أن الأفراد لديهم تباين فى الآراء حول هذه المواد ، كما أن موضوع المخدرات والمواد النفسية عمومًا من الموضوعات التى يندر أن تتوفر بشأنها معلومات صحيحة عند كثير من الناس ، وفى الوقت نفسه تشاع عنها معلومات مليئة بالثغرات والأخطاء والأكاذيب المقصودة مما يجعل المجال مرتعًا للعابثين والمغرضين . وربما كان ذلك أحد أسباب إصرار كثير من الناس على الاحتفاظ بمعلوماتهم الخاطئة حول الموضوع مما يصعب من مهمة القائمين بجهود التوعية (الدمرداش ١٩٨٢، ص ١٠٩ ، لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩١، ص٢١٠) .

ويمكن النظر إلى موضوع التوعية فى سياق أوسع وهو سياق دراسات التخاطب أو التواصل Communication . أى أن لها عناصر تتألف من المرسل والمستقبل وبينهما الوسيلة أو القناة ومحتوى أو مضمون ينبغى توصيله . ولكل عنصر من العناصر السابقة مشكلاته وصعوباته التى تستوجب دراسته بعناية للوصول إلى أفضل الصياغات الممكنة لتحقيق أهداف التوعية .

وربما كان المصدر أو المرسل هنا من أقل العناصر إثارة للمشكلات والصعوبات ، لأن المجتمعات تستطيع أن توظف لهذا الغرض بعض الأفراد ذوى المكانة الاجتماعية على أساس أنهم من ذوى الخبرة فى أحد فروع المعرفة العلمية التى تمس موضوع المخدرات كالأطباء ، ورجال التربية ، والمتخصصين فى علم العقاقير ، وعلماء النفس ، وعلماء الاجتماع ، وعلماء الدين وغيرهم ، كما أنه يمكن الاستعانة ببعض المؤسسات القائمة كالنوادى ، والمساجد ، والمدارس وغيرها . والأمر المهم هنا هو حسن الاختيار ، وحسن التقديم أو العرض بما يحقق الفوائد المرجوة من التوعية .

أما بالنسبة للمستقبلين أو المتلقين فإن الأمر يختلف عن سابقه . لأن الواضح مما تم حتى الآن من جهود للتوعية فى بعض المجتمعات ، أنه لا يوجد تمييز بين القطاعات التى تحتاج إلى جهود التوعية للوقاية وتلك التى لا تحتاج . حيث من المفيد هنا أن نستعين بالمفهوم الذى سبق أن تحدثنا عنه وهو «الجماعات

المعرضة» أو «الجماعات الهشة» أى أن جهود التوعية ينبغى أن تتجه إلى مجموعات سكانية معينة يُعتقد – على أساس دراسات علمية – أنها أكثر من غيرها قابلية للإقدام على التعاطى (الدمرداش ، ١٩٨٢م ، ص ١١٠) وهو ما سبق أن أوضحناه فى سياق سابق ، ويمكن أن نضيف – بالطبع – إلى الجماعات المستهدفة ذاتها ؛ بعض الأفراد الذين يعملون فى مجال المخدرات كالأطباء خاصة الممارسين العموميين general practioners ، والإخصائيين النفسيين Psychologists، والإخصائيين الاجتماعيين social workers وغيرهم على اعتبار أنهم سوف يشاركون فى عملية التوعية فى مراحل تالية . وقد أشار دالاركون وراثود عام ١٩٨٦م إلى أهمية توعية الممارس العام (طبيب المستوصف) بطرق اكتشاف المدمنين والتعامل معهم ومع أسرهم (المرجع السابق ، ص ١٧٤) . وهو ما يمكن أن نقوله بالنسبة للمرشد الطلابى فى سياق العملية التعليمية المدرسية .

ويبقى أمامنا عنصرا الوسيلة والمحتوى وهما على صلة ببعضهما البعض ويرى البعض أن الحديث عن التوعية مرادف للحديث عن وسائل الإعلام مثل الإذاعة المرئية والمسموعة ، والصحافة ، ويصنف البعض جهود التوعية الرسمية فى ثلاث فئات هى :-

(أ) المادة الإذاعية (خاصة المصورة) بفئاتها الأربع وهى : الأحاديث الوصفية مع النموذج السيىء لتحقيق التعلم بالخبرة أو بالعبرة Vicarious Learning ، والأحاديث التعليمية (أو التلقينية) المباشرة دون الاستعانة بالنموذج ، والإعلانات المصورة ، والأفلام المتكاملة .

(ب) المقالات الصحفية .

(جـ) الندوات التى تعقد وسط تجمعات شبابية .

وتمثل هذه الجهود فى مجموعها قدرًا كبيرًا من النشاط الموجه نحو مكافحة الطلب أى محاولة منع التعاطى أصلاً . ولا بأس بهذه المطلب على أساس أنه يمثل مستوى واحدًا هامًا من مستويات متعددة لمطالب الوقاية التى يمكن تعبئة الجهود فى سبيل تحقيقها (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩١ ، ص ١٤١) .

وإذا كان البعض يرى فى وسائل الإعلام الوسيلة الرئيسية للقيام بعملية التوعية ، فإن البعض الآخر ينظر إليها بحذر شديد ويرى فيها سلاحًا ذا حدين ، ويأتى تخوف هذا البعض الأخير متسقًا مع تحذيرات هيئة الصحة العالمية التى أشارت فى تقاريرها العلمية إلى ضرورة الامتناع عن استخدام أدوات الإعلام الجماهيرى فى هذا المجال . وقد ورد فى هذا الصدد النص الصريح التالى : إن استخدام أدوات الإعلام الجماهيرية بقصد إعطاء المعلومات للجمهور وإثناء الأشخاص الذين يحتمل أن يقدموا على التعاطى (على اختلاف نوعياتهم وأعدادهم) أو إثنائهم عن أنواع بعينها من التعاطى أو عن التعاطى أيًا كان ، هذا المجهود يعتبر مثالاً للتبسيط المخل فى تناول مشكلات هى بطبيعتها معقدة ، ومما يؤسف له أن هذا التناول قد يأتى بعكس المطلوب . ويضيف التقرير ذاته فى موضع آخر «أن إعطاء المعلومات (عن المخدرات) من خلال أدوات الإعلام الجماهيرية ، حتى ولو تم إعداده بعناية ، سوف يصل إلى مجموعات من المواطنين لم يكونوا مقصودين أصلاً بهذه الرسالة» .

أما بالنسبة للندوات فى التجمعات الشبابية فهى من أفضل الأساليب وأكثرها جدوى فى تحقيق الهدف المطلوب وهو خفض الإقبال على تعاطى المخدرات ما أمكن ، وسوف يتم هذا إذا ما درست هذه الندوات بعناية وأُعد لها الإعداد الكافى والمدروس (المرجع السابق ، ص ١٤٢ - ١٤٤) .

ومن أهم ما ينبغى أخذه فى الاعتبار من حيث المضمون أن تتخذ هذه المحاضرات أو الندوات طابعًا واقعيًا مبسطًا وموضوعيًا ، وألا تتخذ أسلوب الوعظ المباشر أو التخويف والمبالغة والتهويل لأن الناس عادة ينفرون من هذه الأساليب . (الدمرداش ، ١٩٨٢م ، ص ١٠٩ ، لجنة المستشارين العلميين،١٩٩١ م ، ص ١٤٥) . وينبغى ألا نتعجل نتائج مثل هذه الأسلوب لأن جهود التوعية لا تؤتى ثمارها خلال أسابيع أو شهور قليلة وإنما تحتاج إلى متابعة واستمرار لتحقيق أهدافها على المدى الطويل .

(د) استخدام نظام التربية والتعليم :

تعتبر المدرسة المؤسسة الطبيعية لعلمية التنشئة الاجتماعية وتكوين الشخصية بعد الأسرة . ومن هنا كان دور المدرسة فى متابعة سلوكيات التلاميذ وتحديد أطر تفاعلهم من الوظائف المهمة للمدرسة إلى جانب التدريس (شمس وعقاد ، ١٩٩٣ م ، ص ٢٥) .

وقدأوصت لجنة المستشارين العلميين فى تقريرها التمهيدى باقتراح استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان المرفوع للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان بجمهورية مصر العربية (١٩٩١م ، ص ٢١٠) ، أوصت بضرورة الإفادة من قنوات التربية والتعليم لتقديم المعلومات العلمية الصحيحة بالصورة الملائمة (من حيث مستوى التبسيط أو التركيب) فى المرحلة العلمية الملائمة وموزعة على الأطر العلمية المناسبة والاستفادة بخبرات الدول الأخرى فى هذا الشأن .

وربما كانت التوصية السابقة موجهة أساسًا للاستفادة من المناهج والمقررات الدراسية أو ما يمكن تسميته النشاط الصفى . وهو ما قام به – فى حدود علمنا – مكتب التربية العربى لدول الخليج حيث استكتب أحد المتخصصين فى علم النفس لوضع كتاب عن الآثار السيئة للمخدرات من الناحية العلمية لتوجيهه إلى التلاميذ (انظر : سليمان ، ١٩٩٣م) .

والجانب الآخر والذى ينبغى التوجه إليه للاستفادة من النظام التعليمى هو ما يسمى بالأنشطة اللاصفية أو غير ذلك مما لا يدخل بالضرورة كجزء من المقررات الدراسية . ومن أمثلة ذلك جماعات النشاط المختلفة التى تعمل على استيعاب طاقة التلاميذ فى أنشطة مفيدة ، وتعمل على توعيتهم بالمخدرات وأضرارها – تحت إشراف المتخصصين – سواء من خلال مجلات الحائط ، أو الإذاعة المدرسية ، أو الندوات التى يدعى لها المتخصصون ، أو الزيارات الخارجية أو غير ذلك من أوجه النشاط . على أن تراعى فيها كل القواعد التى سبق الإشارة إليها من حيث الموضوعية ، والبساطة ، والاستناد إلى الحقائق العلمية ، والابتعاد عن

التخويف من ناحية أو الإثارة والتشويق وحب الاستطلاع من ناحية أخرى واختيار المرحلة السنية المناسبة والتى تدخل ضمن إطار مفهوم الجماعات المستهدفة أو الأكثر تعرضاً .

ويبرز هنا دور هام للإشراف داخل المدرسة ، والذى يمكن أن يقوم بجزء كبير منه المرشد الطلابى سواء فى التوعية أو الاكتشاف المبكر ، لأن البرامج التربوية والاكتشاف المبكر للاضطراب وتنمية الموارد النفسية لمواجهة الضغوط ، والوعى بالذات ، والحساسية الاجتماعية ، وكيفية الحصول على المساعدة عندما نكون بحاجة إليها ، من الأسس المتينة للوقاية . كذلك تمثل المعلومات المتصلة بنمو الأطفال فائدة كبيرة فى الجوانب الوقائية كلما كشفنا عن طبيعة الصلة بين ممارسات الطفولة المبكرة والاختلالات التى تحدث بعد ذلك من مرحلة الرشد (ربيع وآخرون ، ١٩٩٥م ، ص ٥٣٢) .

(هـ) التنشئة الأسرية :

إن تحديد الجماعات المستهدفة يستند -كما ذكرنا - إلى عدد من المؤشرات المتوافرة والمهيئة لذلك مثل وجود تاريخ سابق للأسرة فى مجال التعاطى والتفكك الأسرى واختلال الانضباط والمراقبة فى الأسرة ، وضعف أساليب التنشئة الاجتماعية Socialization أو عدم اتساقها وضعف الوازع الدينى ، والظروف الاقتصادية غير المواتية ، والانخراط فى جماعات الأقران ممن لديهم ميول هدامة أو من المضطربين ووجود خصال معينة فى الشخصية (من خلال المرجع السابق ، ص٥٢٤) .

وتشكل الأسرة نواة عملية التنشئة الاجتماعية ، فهى التى ينبغى أن تقدم للنشء القدوة الصالحة ، سلوكًا مجسدًا ، كما تنقل إليهم منذ الصغر تعاليم دينهم ، ومعايير السلوك الاجتماعى المقبول وغير المقبول ، وتغرس فى نفوسهم القيم الأصيلة ، والصفات الحسنة ، وتحميهم من مواطن الذلل من خلال المراقبة والتوجيه المستمر .

ومما لا شك فيه أن تغيُّر تركيب الأسرة ، وضعف القيم الروحية والاتجاه نحو المادية المطلقة من العوامل التى تجعل المراهق يشعر بعدم الاطمئنان والاغتراب مما يولد لديه القلق والسلوك العدوانى الذى يؤدى إلى الجنوح والانحراف والخروج على المجتمع وتكوين جماعات فرعية خاصة بهم من سماتها تعاطى المخدرات (الدمرداش ، ١٩٨٢م ، ص ٦٦) .

وقد تبين من بعض الدراسات وجود ارتباط بين إسراف الأب فى تعاطى المهدئات وتعاطى الأبناء للعقاقير المخدرة (المرجع السابق ، ص٣٧) .

من أجل ذلك كان الاهتمام بالأسرة وسلامتها هو الخط الأول للمساهمة فى عملية الوقاية من تعاطى المخدرات .

(و) تقوية الوازع الدينى :

تهدف التوعية الدينية إلى إعداد الفرد المتكامل الذى يتوافق سلوكه مع إيمانه بالعقيدة من أجل التوافق النفسى والاجتماعى للفرد وصحته والتزامه بالضوابط الدينية والاجتماعية التى تقلل من الانحرافات السلوكية فى المجتمع .

ومما لا شك فيه أن تعاليم الدين والتمسك بالقيم والمبادئ الإسلامية وبيان موقف الدين الإسلامى من تعاطى المخدرات والخمور يعتبر من الجوانب الهامة التى يمكن أن تساعد فى الوقاية . وقد بينت إحدى الدراسات فى الولايات المتحدة الأمريكية أن انتماء الشباب إلى الجماعات الدينية تساعد كثيرًا على إزالة التوتر والقلق والإحباط لديهم . واتضح أن الأشخاص المتعاطين للمخدرات سرعان ما أقلعوا عن التعاطى بعد انضمامهم إلى هذه الجماعات . فقد وجد أن نسبة تعاطى الحشيش بين الشباب قبل انضمامهم إلى الجماعات الدينية كانت ٤٥٪ وانخفضت إلى صفر ٪ بعد الانضمام (القرنى ، ١٤١١ هـ ، ص ١٤٦ ، العبد القادر ، ١٤١٢هـ) .

وينبغى أن تبدأ عملية التنشئة الدينية الصحيحة منذ الصغر حتى إذا شب الطفل عن الطوق وجد معه سياجًا يحميه متمثلاً فيما اكتسب من تعاليم صحيحة . على أن تستمر عملية التوعية الدينية وتوجه إلى الشباب والمراهقين على نحو

خاص . وتحتاج التوعية الدينية إلى أن يقوم عليها علماء لديهم خلفية صحيحة وواقعية عن المخدرات وتعاطيها والإدمان عليها ، حتى يكون هناك صدى ومصداقية لما يقولونه من أحكام شرعية وتعاليم دينية حول المخدرات ، وعليهم ألا يسلكوا فى سبيل ذلك طريقة الوعظ المباشر والتخويف المبالغ فيه ، حتى لا ينفر الناس منهم .

وخلاصة القول - إذن - أن الوقاية من تعاطى المخدرات أمر معقد ومسألة صعبة وبالتالى لا يمكن أن نتصور أن يقوم بها فرد أو جهة معينة دون غيرها ، وإنما المطلوب هو منظور تكاملى يجمع فى ثناياه جميع الهيئات والمؤسسات والتخصصات ذات الصلة بهذا الموضوع على أن يتم التنسيق والتعاون فيما بينها من أجل ضمان فعاليتها .

* * *

الفصل الثالث

الإرشاد الطلابى : إطار نظرى

مقدمة

تتصف الحياة المعاصرة بالتعقيد والتداخل بين كثير من المسئوليات والحقوق الخاصة بالأفراد ، مما يجعل عدداً منهم يعجز عن الوفاء بكثير من المسئوليات المناطة به وعن تجاوز الأزمات والمشكلات التى تمر به ، لذا يحاول إحالتها إلى الآخرين ممن يتوقع أن يعينوه فى حلها (الصنيع والصالح ، ١٤١٠هـ ، ص٣٦٣).

ونظراً لهذا التعقد فى الحياة أصبح لزامًا على المدرسة ألا تقتصر وظيفتها على التعليم فقط بل أصبحت مؤسسة اجتماعية تعمل على رفع شأن المجتمع وأفراده وتساهم فى الإصلاح الاجتماعى بكل أنواعه، وأصبح لزامًا عليها أن تهتم بالتلميذ ككل داخل المدرسة وخارجها لأن الفرد وحدة واحدة وهو يتأثر أثناء التعليم بحالته الصحية كما يتأثر باتجاهاته ومشاعره وانفعالاته ومشاكل أسرته (رسمية خليل، ١٩٦٨م، ص١١٢).

وبعد أن كانت التربية القديمة تهتم بجوانب التنمية العقلية والتدريب العقلى لملكات الطفل، أصبحت التربية الحديثة تهتم بالنمو الانفعالى والاجتماعى ومشكلات التلاميذ الانفعالية وأساليب توافقهم النفسى وكان نتيجة لهذا الاهتمام أن نشأت الخدمات النفسية فى المدارس (الشرقاوى، بدون تاريخ، ص٣١٥، زهران، ١٩٨٠، ص٢٦، الطحان، ١٩٨٧م ، ص١٣٦).

ومن هنا فقد برز مجال الإرشاد الذى يسعى لمحاولة تحمل بعض المسئوليات المتعلقة بالأفراد فى مواقع عديدة – ومنها مجال التربية والتعليم – لتقديم المساعدة والمشورة لهم فى التغلب على مشكلات الحياة ومستجداتها المتلاحقة التى لا يستطيع هؤلاء الأفراد مواجهتها (الصنيع والصالح، ١٤١٠هـ، ص٣٦٣).

وليست عمليات التوجيه Guidance والإرشاد النفسى Counseling من ترف الحياة العصرية ، بل هى إحدى ضرورات الحياة الإنسانية المتجددة فى كل العصور، ذلك أن الإنسان الناشئ الحدث يكون عادة قليل الخبرة ضعيف التجارب فى مواجهة أعباء الحياة ومشكلاتها ولابد له من الرجوع إلى من هو أكبر سنًا وأكثر خبرة ، أو يختار ناصحًا أمينًا ليساعده بخبرته وعلمه وتجاربه ليجتاز الأزمة ويواجه المشكلة ويتابع مسيرته فى الحياة (الهاشمى ، ١٤٠٦هـ، ص٢٧).

ولما كانت المدرسة تقوم بهذا الدور الثائى فى نقل المعرفة إلى تلاميذها وحل مشاكلهم وما يعترضهم من عقبات داخل وخارج النظام التعليمى فقد كانت هناك ضرورة ملحة للاهتمام بالتوجيه والإرشاد الطلابى ، وإعداد الأفراد الذين يشغلون هذه الوظائف ، للقيام بدورهم فى تنمية العملية التعليمية والمساعدة فى حل مشكلات التلاميذ ، وإعانتهم على التوافق بكافة صوره.

أولاً : التوجيه والإرشاد : نظرة عامة :

يعتبر التوجيه والإرشاد الطلابى جانبًا من إطار أوسع وأشمل هو التوجيه والإرشاد النفسى ، ولأن الفصل الحالى مخصص للتوجيه والإرشاد الطلابى بصفة عامة وفى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات بصفة خاصة ، فسوف نبدأ أولاً بالحديث عن الإشاد بصفة عامة ثم ننتقل بعد ذلك إلى الحديث عن الإرشاد الطلابى على وجه التحديد.

(١) تعريف الإرشاد والتوجيه النفسى :

الإرشاد لغة مشتق من الفعل رشد ومنها الرُشد والرّشَد والرشاد، وهو خلاف الغىّ، ويستعمل استعمال الهداية (الأصفهانى ، ١٩٦١م، ص١٩٦) . يقول الله تعالى ﴿وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُم يَرْشُدُونَ﴾ (البقرة :١٨٦) وقد أمرنا رسولنا الكريم ﷺ بالتمسك بسنته ، فقال "عليكم بسنتى وسنة الخلفاء الراشدين من بعدى" ويستخدم الرشد لمقدمه وطالبه فنقول أرشدته إلى كذا . ويقال استرشد فلان بفلان، أى طلب منه الإرشاد والعون.

أما من ناحية الاستخدام العلمي فعلينا أن نميز بين الإرشاد بمعناه العام، والذى يمكن أن يقوم به ويقدمه أى شخص اعتمادًا على عمره أو مكانته أو خبرته فى الحياة وبين الإرشاد النفسى كعلم تطبيقى وكأحد فروع علم النفس التطبيقى (زهران، ١٩٨٠م، ص١٤).

ويقدم هذه الخدمة متخصص فى الصحة النفسية على مستوى الدكتوراه يسمى «أخصائى الإرشاد النفسى» Counseling Psychologist ، ويحصل هذا المتخصص على تدريب مشابه لذلك الذى يحصل عليه الأخصائى النفسى الإكلينيكى ولكن بتركيز أقل على البحث والاضطرابات الخطيرة (Davison& Neale, 1994, P., 6g).

وللإرشاد النفسى تعريفات كثيرة يصعب حصرها فى هذا السياق. فقد أورد الدكتور حامد زهران فى كتابه التوجيه والإرشاد النفسى حوالى خمسة عشر تعريفًا (الشناوى ، ١٩٩٤م، ص١٤- ١٧). وتذخر كتب الإرشاد النفسى الأخرى بأعداد مماثلة من التعريفات .

ومن بين هذه التعريفات - القديمة نسبيًا - التعريف الذى قدمه جود Good عام ١٩٤٥م ، حيث يعرف الإرشاد النفسى بأنه «تلك المعاونة القائمة على أساس فردى وشخصى فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية ، والتعليمية، والمهنية، والتى تدرس جميع الحقائق المتعلقة بهذه المشكلات، ويبحث عن حلول لها، وذلك بمساعدة المتخصصين وبالاستفادة من إمكانيات المدرسة والمجتمع ومن خلال المقابلات الإرشادية التى يتعلم المسترشد فيها أن يتخذ قراراته الشخصية (من خلال : الشناوى ، ١٩٩٤م ، ص١٤).

أما زهران فيعرفه بأنه عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكى يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمى إمكاناته ويحل مشكلاته فى ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكى يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيًا وتربويًا ومهنيًا وأسريًا وزواجيًا (زهران ، ١٩٨٠م ، ص١١).

ورغم تعدد التعريفات ، فإن الفروق بينها ليست جوهرية ، وهناك أوجه تشابه كثيرة فيما بينها يمكن أن نشير إليها فيما يلى : -

- إن الإرشاد النفسى خدمة تطبيقية فى المقام الأول.
- إنه علم يقوم على التخطيط وله مناهجه وأساليبه.
- إن للعملية الإرشادية طرفين أساسيين هما طالب الإرشاد والمتخصص الذى يقدمه.
- إن الإرشاد النفسى خدمة تقدم إلى العاديين والأسوياء الذين لديهم بعض المشكلات .
- إن الإرشاد النفسى خدمة تقدم للفرد فى جميع مجالات حياته الشخصية ، والتربوية، والمهنية، والأسرية، والاجتماعية.
- إن الإرشاد النفسى ليس مرادفا للعلاج النفسى Psychotherapy رغم التشابه بينهما فى بعض العناصر .
- إن لطالب الخدمة الإرشادية Client دورًا مهمًا وإيجابيًا فى توجيه نفسه واتخاذ قراراته بمساعدة المرشد النفسى.
- إن المدرسة تعد واحدة من بين أهم مجالات التطبيق من ناحية، وكمصدر مهم للمعلومات المطلوبة عن الأفراد من ناحية أخرى.

ومن الملاحظ من خلال متابعة ما يكتب عن /أو فى الإرشاد النفسى أنه يستخدم منفردًا تارة ، أو يعطف على مصطلح التوجيه تارة أخرى فيقال التوجيه والإرشاد النفسى.

والتوجيه هو عملية مساعدة الأفراد للتعرف على قدراتهم ومسئولياتهم وتنظيم خبرات حياتهم واستخدام هذه المعرفة فى تكوين صورة واقعية عن أنفسهم وعن البيئة من حولهم بما يساعدهم على التكيف وتحقيق السعادة لهم ولمجتمعهم (رسمية خليل، ١٩٦٨م ، ص٥).

ويعرفه جونز بأنه تقديم المساعدة للأفراد ليتمكنوا من الاختيار الصحيح، والتنسيق بين الأمور التى تواجههم فى الحياة وهو لا يقدم الاختيارات للأفراد بقدر

ما يساعدهم على القيام باختياراتهم الخاصة وذلك من أجل تنمية قدرتهم على اتخاذ القرارات بطريقة استقلالية دون تدخل الآخرين (Jones, 1970, P. 7).

ومن الواضح أن التوجيه يشير بصفة عامة إلى المساعدة التى تقدم للأفراد لاختيار ما يناسبهم على أسس سليمة ، وكذلك ليحقق التوافق فى المجالات المختلفة للحياة ، ويقوم التوجيه على أساس أنه حق وواجب على الفرد أن يختار طريقه فى الحياة ما دام اختياره لا يتعارض مع حقوق الآخرين ، كما يقوم أيضا على الاقتناع بأن القدرة على اختيار أساليب الحياة ليس شيئًا موروثًا وإنما شأنه شأن سائر قدرات الإنسان يحتاج إلى تنمية ، وإذا كان من بين الوظائف التى يؤديها نظام التعليم إتاحة الفرصة أمام الطلاب لتنمية مثل هذه القدرات فإن التوجيه بهذا المفهوم يعتبر جزءًا من التعليم (الشناوى ، ١٩٩٤م، ص٢٦).

ومع ذلك يرى البعض أن التوجيه كخدمة ليس قاصرًا على المدرسة أو الأسرة إنما يمتد إلى العمل والحياة الاجتماعية، والمستشفى ، حيث يكون الناس فى حاجة إلى المساعدة وحيث يوجد أناس قادرون على تقديم المساعدة (Jones, 1970, p7) ومن أنواع التوجيه المعروفة التوجيه التربوي ، Educational guidance ، والتوجيه المهنى ، occupational guidance والتوجيه الاجتماعى Social guidance ، والتوجيه الأخلاقى Moral guidance (رسمية خليل، ١٩٦٨م ، ص٥) .

ويتفق معظم الباحثين على أن هناك فروقًا بين مصطلحى التوجيه والإرشاد ، حيث إن التوجيه النفسى يسبق عملية الإرشاد ويمهد لها ويساعدها (الهاشمى، ١٤٠٦هـ، ص١٥) . وأن الإرشاد النفسى جزء من عملية التوجيه، وإذا كان الإرشاد النفسى علاقة فرد بفرد فإن التوجيه علاقة فرد بمجموعة (رسمية خليل، ١٩٦٨م ص٤، زهران ، ١٩٨٠م ، ص١١). وكذلك يمكن القول بأن كل مدرس وكل إدارى فى المدرسة يشترك بشكل أساسى فى برنامج التوجيه ، فى حين تبقى عملية الإرشاد من اختصاص المرشد (الشناوى، ١٩٩٤م ، ص٢٧).

(٢) نظريات الإرشاد النفسى :

(أ) التحليل النفسى :

دأب الذين يكتبون فى موضوع الإرشاد النفسى ، وعند تعرضهم للنظريات ، الحديث عن نظرية التحليل النفسى Psychoanalysis . وربما كان ذلك بسبب الخلط بين مفهومى الإرشاد النفسى والعلاج النفسى. ولما كان هناك اتفاق على اختلاف الإرشاد النفسى عن العلاج النفسى فى عدد من الجوانب، أهمها أن الأول يختص بالخدمات التى تقدم للأسوياء ، بينما يعمل الثانى مع المرضى والمضطربين ، فإن الحديث عن نظرية التحليل النفسى - بصفة عامة - فى سياق الحديث عن الإرشاد النفسى أمر لا مبرر له ، مادام التحليل النفسى يهتم أساسا بالمرض والمضطربين ، وما دامت نظرية التحليل النفسى قد قامت أساسا على ملاحظات تم رصدها عن المرضى. (زهران ، ١٩٨٠، ص١١٨) . هذا بالإضافة إلى الانتقادات الأخرى التى وجهت للنظرية وبخاصة ما يتصل بمفاهيمها وغموض معظمها.

وبرغم ذلك ، فإن الاطلاع على نظرية التحليل النفسى وتعديلاتها اللاحقة ، أمر مهم لمن يعمل بالإرشاد النفسى ، دون التقيد بالاعتماد عليها كأسلوب فى الممارسة.

ويرى البعض أنه فى ضوء التعديلات التى أدخلت على نظرية التحليل النفسى الكلاسيكى والتى جعلتها أكثر قابلية للتطبيق فى ميدان الإرشاد النفسى، وفى ضوء اعتماد عملية الإرشاد النفسى على إجراءات هى من أصل إجراءات التحليل النفسى مثل التداعى الحر free association والتنفيس الانفعالى ، يمكن التعرض لنظرية التحليل النفسى كواحدة من نظريات الإرشاد النفسى (المرجع السابق، ص١١).

وأيًا مًا كان الأمر ، فإن الميزة الأساسية لنظرية التحليل النفسى - فى رأينا- هى أنها كانت السبب فى ظهور نظريات أخرى كرد فعل لما أثير حولها من انتقادات.

(ب) النظرية السلوكية :

تعتبر النظرية السلوكية Behaviorism من أهم مترتبات الثورة على التحليل النفسى وقد قامت هذه النظرية بمراحلها المتتابعة على أساس تجارب ودراسات أجراها عدد من العلماء البارزين أمثال بافلوف Pavlov وواطسون Watson وسكينر Skinner وثورنديك Thorendike وهُل Hull وغيرهم وتسمى هذه النظرية بنظرية المثير – الاستجابة أو النظرية الشرطية. ويمكن تمييز عدة اتجاهات فرعية داخلها مثل التشريط الكلاسيكى Classical Conditioning والتشريط الإجرائى Operant Conditioning والتعلم الاجتماعى Social learning والتعلم المعرفى Cognitive learning.

وتقوم النظرية السلوكية على مسلمة أساسية مؤداها أن معظم سلوك الإنسان مكتسب فالإنسان يتعلم السلوك السوى ويتعلم السلوك غير السوى، أى أنه يتعلم السلوك المتوافق والسلوك غير المتوافق والتضمين الأساسى فى هذا المبدأ أن السلوك قابل للتعديل والتغيير ، فكما تم تعلمه ، يمكن محوه أو إزالته.

وتستند النظرية السلوكية إلى عدد من المبادئ التى تم اشتقاقها من التجارب التى أجريت على الحيوانات ، وهى مبدأ التدعيم Reinforcement والعقاب Punishment والمكافأة ، والتعميم Generalization والتمييز Discrimination والإطفاء Extinction (الخطيب ، ١٩٩٠، ص٣٠- ٣٣).

وقد كان للنظرية السلوكية ومبادئها تطبيقات هامة فى مجال التربية ، والعلاج السلوكى Behavior therapy وكذلك فى مجال الإرشاد النفسى. وتعتبر النظرية السلوكية ، ونظريات التعلم الأخرى هى الأساس الذى يعتمد عليه كثير من المربين والمدرسين والموجهين فى مجال التربية والتعليم (تشايلد ، ١٩٨٣م ، ص١٠٦) وذلك برغم الانتقادات التى وجهت إليها.

وإذا أخذنا بوجهة النظر السلوكية فإنه يمكن النظر إلى كثير من المشكلات النفسية والسلوكية – ومنها مشكلة تعاطى المخدرات – على أنها نوع من السلوك الخاطئ الذى تم تعلمه فى موقف ما (مناسبة اجتماعية ، ظروف سيئة، على سبيل التقليد والمحاكاة ، وغير ذلك). ثم تلقى هذا السلوك تدعيمًا إيجابيًا من خلال

تشجيع الأصدقاء وتيسيرهم لهذا السلوك (التعاطى) أو لأنه لم يتلق العقاب المناسب منذ البداية أو حظى بتجاهل وسلبية من قبل الراشدين الآخرين (الآباء والأمهات ، أو المدرسين) نتيجة لعدم الوعى أو للانشغال فى أمور الحياة الأخرى ، ومن ثم أصبح هذا السلوك الخاطئ - تعاطى المخدرات - أسلوبًا توافقيًا يلجأ إليه المراهقون أو الشباب (التلاميذ والطلاب) هروبًا من مشكلاتهم أو محاكاة لغيرهم Modeling . ويجد هذا التفسير بعض الدعم من نتائج سلسلة دراسات البرنامج الدائم عن تعاطى المخدرات على شرائح مختلفة من التلاميذ والطلاب والتى أشرنا إليها فى مواضع سابقة (انظر : الفصلين الأول والثانى من هذا الكتاب).

وبناء على التفسير السلوكى السابق، يمكن أيضًا اعتماده كأسلوب علاجى أو إرشادى لتخليص المتعاطين من هذه العادة السلوكية السيئة ، بإزالة أو محو هذا التعلم الخاطئ وإحلال محله عادات سلوكية حميدة وباستخدام نفس المبادئ السلوكية كالتدعيم ، والمكافأة ، والعقاب والتنفير Auersion وغير ذلك.

غير أننا نود أن نشير إلى أن هذا الإجراء العلاجى يحتاج إلى خبرة وتدريب متخصص قبل استخدامه ، لاعتماده على تكنيكات وفنيات تناسب الاضطرابات كل حسب طبيعته.

(جـ) نظرية الذات :

تُنسب هذه النظرية إلى كارل روجرز، والذى يرى أن الذات تنمو وتنفصل تدريجيًا عن المجال الإدراكى ، وتتكون بنية الذات نتيجة للتفاعل مع البيئة ، وتشمل بنية الذات كلاً من الذات الواقعية (المدركة) والذات المثالية ، والذات الاجتماعية (أو كما يدركها الآخرون) ، وقد تمتص الذات قيم الآخرين وتسعى إلى التوافق والاتزان والثبات وتنمو نتيجة للنضج والتعلم ، ويصبح للذات تكوين معرفى منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات وهو ما يعرف بمفهوم الذات Self concept (أو صورة الذات Self image) والذى يتكون من أفكار الفرد الذاتية المتسقة والمحددة الأبعاد ، ومن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية والخارجية ، وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التى تحدد خصائص

الذات كما تنعكس إجرائيًا فى وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو أى الذات الواقعية ، وكذلك المدركات والتصورات التى تحدد الصورة المثالية للفرد أو التى يود أن تكون، وهى الذات المثالية ، وكذلك المدركات والتصورات التى تحدد الصورة التى يعتقد أن الآخرين يتصورونها والتى يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعى مع الآخرين ، أو الذات الاجتماعية.

ووظيفة مفهوم الذات وظيفة دافعية وتكامل وتنظيم عالم الخبرة المتغير الذى يوجد الفرد فى وسطه ، ولذا فإنه ينظم ويحدد سلوكه، وينمو مفهوم الذات نتيجة للتفاعل الاجتماعى جنبًا إلى جنب مع الدافع الداخلى لتأكيد الذات ، بالرغم من أن مفهوم الذات مفهوم ثابت إلى حد كبير ، فإنه يمكن تغييره من خلال العلاج المتمركز حول العميل الذى ابتدعه كارل روجرز صاحب هذه النظرية (الزراد، ١٩٨٤م، ص٩٩ - ١٠٠) .

وقد افترض روجرز أن كل فرد لديه حاجته إلى تقدير ذاته Self esteem بشكل إيجابى ، وانطلاقًا من اتساقه مع التوجيه الذاتى فقد عرَّف المرض النفسى أو الاضطراب ، بأنه إخفاق المرء فى تقدير ذاته بصورة إيجابية ، أو بأنه تفاوت مفرط بين مفهوم الذات الواقعية ومفهوم الذات المثالية ، أو أنه يرجع إلى فشل الفرد فى الحصول على احترام إيجابى من الآخرين (كولز ، ١٩٩٢م ، ص٤٦٥ : مترجم).

(د) نظرية المجال : Field theory

ترتبط نظرية المجال فى علم النفس باسم كيرت ليفين Levin ، وقد مهد لها علماء النفس الجشطالت من أمثلة فرتهيمر وكوهلر وكوفكا Werthehimer , Kohler, Koffka والفكرة الأساسية لها أن إدراك موضوع ما يحدده المجال الإدراكى الذى يوجد فيه ، وأن الكل ليس مجرد مجموع الأجزاء ، وأن الجزء يتحدد بطبيعة الكل، وأن الأجزاء تتكامل فى وحدات كلية. وتؤكد نظرية المجال لليفين أن السلوك هو وظيفة المجال الذى يوجد فى الوقت الذى يحدث فيه السلوك نتيجة لقوى دينامية محركة ويبدأ التحليل بالموقف ككل ومن الموقف الكلى تتمايز الأجزاء المكونة.

ويؤكد ليفين أهمية قوى المجال الدينامية التى تسهم فى تحديد السلوك. ويعرف المجال بأنه مجموع الوقائع الموجودة معًا والتى تدرك على أنها تعتمد على بعضها البعض (زهران، ١٩٨٠م ، ص٩٦ - ٩٧).

وتضم هذه النظرية عدة مفاهيم أهمها ، الفرد (وهو كيان محدود ضمن مجال خارجى أكبر منه) . والمجال النفسى (وهو البيئة النفسية خارج الفرد فى علاقاته ونشاطه والتى يتفاعل معها) وحيز الحياة (وهو مجموع الفرد مع مجاله النفسى) والمجال الطبيعى حول حيز الحياة ، والمناطق (حيث ينقسم المجال الإنسانى إلى مناطق فى مواقف الحياة) ودوام الحركة والاتصال الشخصى.

وعملية الإرشاد النفسى التى تعتمد على هذه النظرية تعمل على إعادة بناء حيز الحياة وبيان الواقعية الإيجابية للفرد التى تساعده على حل مشكلاته حلاً واقعيًا ، وعدم تركه فى مجال لاواقعى سلبى . وقد استخدم الإرشاد النفسى هذه النظرية استخدامًا واسعًا فى فهم عدد كبير من مشكلات بعض الأفراد باعتبار أن الاضطراب النفسى هو فى تغيير المجال النفسى الإدراكى للفرد، وفى مساعدة المسترشد لجعل شخصيته أكثر مرونة وأوسع إدراكًا أى محاولة تغيير لبعض مفاهيم الشخص واتجاهاته (الهاشمى، ١٤٠٦هـ ص٥٨ - ٥٩).

(هـ) نظرية السمات والعوامل :

مرت هذه النظرية بثلاث مراحل :

تتصف المرحلة الأولى بالاهتمام بتطوير وسائل لقياس خصائص المسترشدين مثل الاستعدادات ، والقدرات ، والميول ، والاتجاهات الشخصية التى يمكن استخدامها فى مواقع النجاح التعليمى والمهنى وكان الهدف الأول من ذلك هو استخدام هذه الأدوات فى البرامج العلمية للاختيار والتوجيه .

أما المرحلة الثانية فقد شهدت تطوير النماذج الخاصة بعملية الإرشاد ، وكذلك مفهوم التشخيص الفارقى بحيث أصبحت تشتمل على مجموعة من جوانب مشكلات التوافق بالإضافة إلى تلك الخاصة بالجوانب التعليمية والمهنية .

وفى المرحلة الثالثة من تطور نظرية السمات والعوامل للإرشاد والتى بدأت بعد الحرب العالمية الثانية ، نجد الاهتمام الأكبر بالدراسات القائمة على التحليل العاملى ، ويضيف ويليامسون وبيجز Williamson & Biggs مرحلة رابعة فى تطور نظرية السمات والعوامل ويطلق عليها المرحلة الفلسفية والتنظيرية (الشناوى ، ١٩٩٤م ، ص ٧٨ - ١٠٨).

ويمكن القول إن نظرية السمات والعوامل تقوم بجمع البيانات الموضوعية حول المسترشد وتركيب هذه البيانات مع التشخيص وتوقع النتائج من هذه البيانات (المآل) Prognosis وتخطيط برنامج للإجراءات يقوم على هذه المعلومات ، ويرتبط المرشد مع المسترشد فى علاقة تعليمية، حيث يساعده فى الحصول على المعلومات، أو يقدم له المعلومات المناسبة ، كما يعرض له الخيارات أو البدائل المناسبة ، ويحاول أن يساعد المسترشد فى الوصول إلى أفضل قرار أو حل للمشكلة (المرجع السابق ، ص٢١٠، باترسون، ١٩٨١، ص٢٨).

(٣) أهم طرق الإرشاد النفسى :

من المعروف أن تعدد نظريات الإرشاد يتبعه أو يترتب عليه تعدد طرق وأساليب الإرشاد حيث تقف كل نظرية من النظريات السابقة خلف أحد هذه الأساليب، فالإرشاد المتمركز حول العميل Client centered counseling يرتكز على أسس نظرية الذات ، ويرتبط الإرشاد السلوكى بالنظرية السلوكية .

ويشير الواقع إلى أن لكل مرشد نفسى تفضيلاً لأحد طرق الإرشاد دون غيرها ومن ثم الانحياز إلى النظرية التى انبثقت منها ، وقلما نجد من يوفق - فى الممارسة - بين أكثر من طريقة ، ونظراً لأنه لا توجد طريقة واحدة ناجحة لكل أشكال الاضطرابات والمشكلات فمن المستحسن أن يكون المرشد النفسى ملمًا بمعظم هذه الطرق وأن يختار من بينها ما يناسب كل حالة وما يتلاءم مع كل اضطراب أو مشكلة.

وهناك عدد من المحاور أو الأسس التى تصنف على أساسها طرق الإرشاد وسوف نشير فيما يلى بإيجاز إلى أهم هذه الطرق .

(أ) الإرشادى الفردى Individual Counseling :

يشير الإرشاد الفردى إلى تعامل المرشد مع مسترشد واحد وجهًا لوجه في الجلسات الإرشادية ، ويستخدم في الحالات التى يغلب عليها الطابع الفردى ، وهي مشكلات خاصة لا يتم حلها بشكل جماعى . ويعتبر الإرشاد الفردى هو الأساس الأول فى كل عملية إرشادية كلما أمكن ذلك. لا سيما إذا توفر عدد مناسب من المرشدين النفسيين للقيام بإجراء المقابلات والجلسات إذ يتم فيها حرية المناقشة الشخصية وتبادل المعلومات وإثارة الدافعية Motivation وتبصير الذات وتفسير المشكلات ووضع الخطط العلميـة ويتم ذلك بصور خاصة ويندرج تحت هذه الطريقة كل إجراءات العملية الإرشادية وما يتصل بذلك من خطوات فى جمع المعلومات وتصنيفها وربطها وفهم الدوافع وفهم المسترشد لذاته فهمًا عمليًا وواقعيًا فى مواقف الحياة المختلفة ، والسير معه لحل المشكلات خطوة بخطوة وتدريبه على اتخاذ القرار المناسب فى مواجهة المواقف العادية والصعوبات الطارئة ، (الهاشمى، ١٤٠٦هـ، ١٨٧ – ١٨٨).

(ب) الإرشادى الجمعى Group Counseling :

الإرشاد الجمعى هو إرشاد عدد من العملاء الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معًا فى جماعات صغيرة كما يحدث فى جماعة إرشادية أو فى فصل، ويعتبر الإرشاد الجمعى عملية تربوية ، إذ إنه يقوم أساسًا على موقف تربوى . ويقوم الإرشاد الجمعى على أسس نفسية واجتماعية أهمها أن الإنسان كائن اجتماعى لديه حاجات نفسية اجتماعية لابد من إشباعها فى إطار اجتماعى ، وأن سلوك الفرد محكوم – إلى حد كبير – بالمعايير الاجتماعية ، وكذلك أن الحياة المعاصرة تعتمد على العمل فى جماعات وتتطلب الدخول فى عمليات التفاعل الاجتماعى ، وتعتبر الاضطرابات والمشكلات النفسية ناتجة – بدرجة ما – من العزلة الاجتماعية (زهران ١٩٨٠، ص٢٩٧ – ٢٩٨، كولز ، ١٩٩٢ ، ص٥٤٣).

ويستخدم الإرشاد الجمعى مع الأطفال والشباب والشيوخ ، كما يستخدم لتوجيه الوالدين للمساعدة فى إرشاد أولادهم وفى حالات الإرشاد الأسرى، والمهنى

فى المدارس والمؤسسات ، والأفراد الذين يعانون من الانطواء والخجل والشعور بالنقص ، وللإرشاد الجماعى أساليب متعددة مثل السيكودراما Psycho-drama (أو التمثيل النفسى المسرحى) . والمحاضرات ، والمناقشات الجماعية ، والنوادى الإرشادية (زهران ، ١٩٨٠م، ص٣٠٢ - ٣٠٨).

(جـ) الإرشادى المباشر Directive Counseling :

تسمى هذه النظرية بالإرشاد المتمركز حول المرشد ، إذ يكون المرشد هو العامل الإيجابى فى تفسير المعلومات وفى تحريك دوافع المسترشد وتوجيهه نحو السلوك السوى المطلوب ، فالمسئولية فى هذه الطريقة الإرشادية المباشرة يتحمل نصيبها الأكبر المرشد بالمقارنة مع نصيب المسترشد بما يقدمه المرشد من نصائح وتوجيهات بطريقة مختصرة لحل المشكلات . وهذه الطريقة تستخدم فى مجال الإرشاد التربوى والتعليمى وتستند هذه الطريقة إلى مبدأ أن المسترشد عمومًا قليل المعلومات فى مواجهة مشكلته وهو ناقص الخبرة العلمية لذا فقد لجأ للمرشد الذى ينبغى بدوره أن يرشده إلى حل المشكلة التى يشكو منها ، ويؤكد هذا المبدأ أن عددًا غير قليل من المسترشدين يتحقق لهم الرضا والراحة عندما يتم حل مشكلتهم الراهنة فيزدادون ثقة بأنفسهم لمواجهة مشكلات أخرى يواجهونها بأنفسهم مباشرة .

ويفيد الإرشاد المباشر فى المشكلات الواضحة لدى المسترشد ، خاصة فى ظل ظروف ضيق الوقت. (الهاشمى، ١٤٠٦هـ، ص١٨٥ - ١٨٦).

(د) طريقة الإرشاد غير المباشر Indirect Counseling :

يتأرجح مسمى هذه الطريقة بين الإرشاد النفسى غير الموجه والعلاج النفسى غير الموجه ونجدها بأحد المسميين فى كتب الإرشاد النفسى أو العلاج النفسى ويعتبرها البعض طريقة إرشادية أقرب ما تكون إلى العلاج النفسى وينظر إليها البعض الآخر على أنها طريقة علاجية أقرب ما تكون إلى الإرشاد النفسى.

وأيًا مَّا كان الوضع فإن هذه النظرية والتى تسمى «الإرشاد المتمركز حول العميل» تنسب إلى كارل روجرز أحد أصحاب نظرية الذات . ولقد لخص روجرز أسلوبه فى الإرشاد فى إقامة علاقة إرشادية وتهيئة جو نفسى يمكن العميل من أن يحقق هو أفضل نمو نفسى وحدد روجرز هدف الإرشاد المتمركز حول العميل بأنه مساعدة العميل على النمو النفسى السوى ، وإحداث التطابق بين مفهوم الذات الواقعى أو المدرك ، ومفهوم الذات المثالى ، ومفهوم الذات الاجتماعى (زهران ، ١٩٨٠م ، ص٣١٤).

ومرت طريقة الإرشاد المتمركز حول العميل بمرحلة كان فيها التركيز منصبًا على الأساليب والطرق التى يستخدمها المرشد فى الإرشاد ، أما فى الوقت الحالى فإن التركيز والاهتمام يتصبان على فلسفة المرشد واتجاهاته أكثر من الأساليب والطرق ، كما تركز أكثر على العلاقة الإرشادية بدلاً من التركيز على ما يقوله المرشد أو يفعله ، وبذلك فإن الأساليب الفنية للإرشاد فى طريقة الإرشاد غير الموجه تصبح طرقًا للتعبير عن توصيل التقبل والاحترام والتفهم وإتاحة الفرصة للمسترشد ليعرف أن المرشد يحاول أن ينمى الإطار المرجعى الداخلى له بالتفكير والإحساس والاستكشاف معه (أى مع المسترشد) (الشناوى ، ١٩٩٤م ، ص٢٩٥).

ويُستخدم الإرشاد غير المباشر بنجاح مع فئات معينة من العملاء خاصة مجال الإرشاد العلاجى theraputic counseling والإرشاد الزواجى Marital Counseling ، وحل المشكلات الشخصية للشباب (زهران ، ١٩٨٠م، ص٣١٤).

(هـ) الإرشادى الدينى (المنظور الإسلامى) :

يعتبر الإرشاد من منظور إسلامى واجبًا على جميع المسلمين خصوصًا أصحاب العلم منهم ، ورسول الله ﷺ خير مرشد للناس أجمعين . الإسلام كله خير ومن دخل فيه والتزم تعاليمه بصدق فقد رشد وفاز فى الدنيا والآخرة لأن الإسلام يرشده لكل ما ينفعه ويحذره من كل ما يضره ، قال الله تعالى : ﴿ فَمَنْ أَسْلَمَ فَأُولَٰئِكَ تَحَرَّوْا رَشَدًا ﴾ (الجن:١٤). وقال تعالى أيضًا ﴿ وَقَالَ الَّذِي آمَنَ يَا قَوْمِ اتَّبِعُونِ أَهْدِكُمْ سَبِيلَ الرَّشَادِ ﴾ (غافر:٣٨).

وقد حث رسول الله ﷺ المسلمين على أن يرشد بعضهم بعضًا فى أمور الدين والدنيا معًا ، ومن أحاديث رسول الله ﷺ ، قوله عليه الصلاة والسلام «تبسمك فى وجه أخيك لك صدقة وأمرك بالمعروف ونهيك عن المنكر صدقة، وإرشادك الرجل فى أرض الضلال لك صدقة، وبصرك للرجل الردئ البصر لك صدقة ، وإماطتك الحجر والشوكة والعظم من الطرق لك صدقة ، وإفراغك عن دلوك فى دلو أخيك لك صدقة» (الترمذى ، ج٤، ٣٤، من خلال : الصنيع والصالح ، ١٤١٠هـ ، ص٣٧٣).

من هنا فإن الإشاد من المنظور الإسلامى يعتمد على الكتاب والسنة ويعمل على تقوية الإيمان فى النفوس ، وحث الناس على اللجوء إلى الله والتقرب إليه والالتزام بالسلوك القويم ، والبعد عما يغضب الله ، وعن الحرام ، لأن ذلك يسبب الضيق والتوتر والقلق والاكتئاب . ومع الأخذ بالأسباب ، وطلب النصيحة والعلاج من مصادرها ، ومن أهل الاختصاص إذا كانت لا تتعارض مع الدين والشريعة الإسلامية .

وفى موضوعنا الحالى وهو الوقاية من تعاطى المخدرات لدى المراهقين والشباب يتضح بجلاء أهمية التربية الدينية الصحيحة ، وأهمية الإيمان بالله والإخلاص له ، والتزام أوامره واجتناب نواهيه ، لأن تلك الأمور هى السياج الذى يحمى الإنسان المسلم الملتزم بدينه من الوقوع فى الخطأ أو الانحراف . لأن عبادة الله وطاعته لن تترك له وقتًا للفراغ ، ولا المشكلات التي تجعله يلجأ إلى غيرها من الوسائل للوصول إلى حل لمشكلاته أو قضاء لوقت فراغه ، كما أنها تبعده عن رفقاء السوء الذين هم – فى معظم الأحيان – يزينون طريق الغواية لأصدقائهم .

ثانيًا : أنواع وأهداف التوجيه والإرشاد فى المجال التربوى : .

ينقسم التوجيه والإرشاد فى المجال التربوى إلى نوعين الأول هو توجيه وإرشاد المعلمين والثانى توجيه وإرشاد الطلاب . والنوع الثانى هو الذى يعنينا فى السياق الحالى :

وينقسم توجيه وإرشاد الطلاب حسب الخدمات التي تؤدى لهم إلى خمسة أنواع هى :

١ - الإرشاد والتوجيه التربوى .

٢ - الإرشاد والتوجيه المهنى والأكاديمى .

٣ - الإرشاد الوقائى والصحى .

٤ - الإرشاد الاجتماعى .

٥ - الإرشاد الأخلاقى .

ويهتم الإرشاد والتوجيه التربوى بمساعدة الطالب على السير فى دراسته سيرًا حسنًا ومساعدته على استغلال وقته استغلالاً مفيدًا ، وكذلك يهتم الإرشاد التربوى بحل المشكلات التربوية .

أما الإرشاد المهنى والأكاديمى فيهدف إلى تبصير الطالب بالفرص الدراسية والمهنية المتوفرة فى المجتمع والعمل على مساعدته فى ضوء قدراته وميوله ورغبات أسرته فى اختيار أنسب الطرق للوصول إلى أهدافه الخاصة التى تقود فى النهاية إلى تحقيق بعض أهداف العملية التعليمية فى المجتمع .

ويهتم الإرشاد الوقائى والصحى بمحاولة منع حدوث المشكلات (ولعل هذا هو أنسب أنواع الإرشاد وأكثرها ملاءمة للدراسة الحالية).

ويركز الإرشاد الاجتماعى إلى تزويد الطلاب بمعلومات عن آداب الحياة ، وآداب التفاهم والتعامل مع الآخرين ، كما يهدف إلى تنمية وتقوية روح الجماعة عند الطلاب ويهدف كذلك إلى إيجاد المحيط المناسب الذى يكتسب فيه الطلاب الخبرة العملية لمهارات التعامل مع الناس والتعود على السلوك القويم .

ويقوم الإرشاد الأخلاقى بمهمة تقوية الوازع الأخلاقى والضمير الدينى الصحيح لدى الطلاب لكى يكون لهم هاديًا فى دروب الحياة المختلفة (التوثيق التربوى ، ١٤٠٢ هـ ، ص٣٤).

ويمكن إجمال أساليب تحقيق وظيفة الإرشاد النفسى فى التربية فيما يلى :

أولاً : معرفة التلاميذ : حيث إن المعرفة ضرورية وتؤدى إلى فهم التلاميذ والإحاطة المبكرة بمشكلاتهم والصعوبات التى قد تواجههم .

ثانيًا : فهم سلوك التلاميذ : أى فهم ما إذا كان التلميذ قادرًا على السلوك أم لا ؟ وهل هو متعاون ، اجتماعى ، ناجح فى عمله ، يحب مدرسته ، ومنزله ومجتمعه ومتوافق معهم أم لا ؟ أم أنه قلق ، وكسول ، ومهمل ، وغير منظم ، وغير مطيع ، ويكذب ، ويسرق ، ويتغيب عن المدرسة وغير ذلك .

ثالثًا : الاهتمام باستخدام طرق التقييم المختلفة : كالملاحظة ، والمقابلات، والاختبارات ، والندوات ، وغير ذلك للاقتراب من التلاميذ والتعرف على مشكلاتهم

رابعًا : استخدام المناهج الدراسية : لتحقيق أسس الإرشاد النفسى ومن أمثلة ذلك التربية الرياضية ، والعلوم ، والتربية الوطنية ، وعلم النفس وغير ذلك (رسمية خليل ، ١٩٦٨م ، ص١٣١).

ويميز البعض بين نوعين من المرشدين : النوع الأول هم المرشدون التربويون والمهنيون والنوع الثانى هم المرشدون العلاجيون ويهتم أفراد النوع الثانى بالتلاميذ الذين تظهر عليهم أعراض القلق والمرض النفسى والأنواع الأخرى من المشكلات الانفعالية مثل العدوانية والانسحاب والانطواء وقلق الامتحانات (تشايلد ، ١٩٨٣م ، ص٣٥١).

كما أن هناك مشكلات من نوع آخر تظهر على بعض التلاميذ مثل الكذب والسرقة والهروب والتسرب والتشرد والتدخين وتناول المشروبات الكحولية والمخدرات والانحرافات الجنسية أو ما يمكن أن نطلق عليه الاضطرابات السلوكية (الطحان ، ١٩٨٧م ، ص٣٧١) وتمثل هذه المشكلات لب عمل المرشد الطلابى من ناحيتى العلاج والوقاية .

ويلخص بعض الباحثين ما يقوم به المرشد النفسى فى المدرسة - بصفة عامة - إلى الواجبات الآتية :-

(أ) تقديم الخدمات إلى الطلاب كأفراد وتتضمن ما يلى :

- جمع المعلومات عن الطالب وتنظيمها وتحليلها .

- معاونة الطالب فى الكشف عن قدراته واستعداداته وإمكانياته ونواحى قصوره .
- مساعدة الطالب فى وضع الخطة التى تعاونه فى تقويم تحصيله الدراسى وتشخيص معوقات تعلمه وإنجازاته فى المدرسة للقيام بما يلزم من التوافق العلمى.
- مساعدة الطالب على الانتظام فى البرنامج الدراسى الذى يفى باحتياجاته ويتناسب مع إمكانياته وظروفه .
- يعاون الطالب فى وضع خطته المهنية للمستقبل ومساعدته على تحقيقها .
- يساعد الطالب فى التعرف على الوسائل التى تحقق توافقه الشخصى والاجتماعى.
- يعاون الطالب فى الحصول على عمل لبعض الوقت أثناء وقت الفراغ والإفادة من البعثات والمنح الدراسية .
- يقوم بتحويل الطالب إلى العيادة النفسية عندما تتطلب حالته ذلك.
- ينمى علاقات ودية إيجابية مع الطالب أثناء مقابلات الإرشاد النفسى ويتقبله كفرد له كيانه وقيمته ومشاعره .

(ب) تقديم الخدمات للطلاب كجماعات ومنها :

- تنظيم النشاط المدرسى ، والنشاط الطلابى .
- يُعد برنامجًا لإمداد الطلاب بالمعلومات المتعلقة ببرنامج التوجيه .
- يُعد نشرات وكتيبات تحتوى على المعلومات التربوية والمهنية والاجتماعية ويقدمها بطريقة مبسطة .
- يقود المناقشات مع الطلاب حول الموضوعات التى تهمهم من النواحى التربوية والمهنية والاجتماعية .
- يعاون فى تنفيذ البرامج الترويحية ونشاط وقت الفراغ ويتعرف على موارد البيئة المحلية وإمكانياتها وكيفية الإفادة منها لصالح الطلاب .

(جـ) تقديم الخدمات لهيئة التدريس ومنها :

- يتعاون مع هيئة التدريس فى الحصول على المعلومات عن الطلاب ويسهم بمعلوماته عنهم فى استكمال سجلاتهم .
- يعاون رواد الصفوف الدراسية فى تخطيط البرامج الجماعية .
- يتعاون مع أعضاء هيئة التدريس فى مساعدة الطلاب على حل مشكلاتهم وتحقيق التوافق .
- يتصل بأعضاء هيئة التدريس ليوضح لهم برنامج التوجيه والإرشاد بالمدرسة وما يمكن أن يقدمه هذا البرنامج .
- يعاون المدرسين فى الاستفادة من تطبيق الاختبارات النفسية المختلفة .

(د) المحافظة على العلاقات بين المدرسة والمجتمع المحلى ومنها :

- يشترك فى المؤتمرات الخاصة بمناقشة حالات الطلاب مع المدرسين والآباء.
- يوفر المعلومات الخاصة ببرنامج التوجيه والإرشاد ويعمل على نشرها بالوسائل المختلفة .
- يحصل على معلومات عن الهيئات المحلية التى يمكنها مساعدة الطلاب كأفراد وجماعات .
- يكون على صلة بالآباء ويتابع معهم مشكلات أبنائهم ويساعدهم فى حلها . (مرسى، ١٩٧٥م، ص٢١٦ - ٢١٩ ، سليمان ، ١٩٨٦م).

ثالثًا : مقومات المرشد النفسى فى المجال التربوى :

المرشد النفسى هو عادة المسئول المتخصص الأول عن العمليات الرئيسية فى التوجيه والإرشاد وخاصة عملية الإرشاد نفسها ، ويطلق عليه أحيانًا مصطلح «مرشد التوجيه» وبدون المرشد يكون من الصعب تنفيذ أى برنامج للتوجيه والإرشاد (زهران ، ١٩٨٠م ، ص٤٦٩) .

ونظرًا لأهمية وصعوبة الدور الذى يقوم به المرشد النفسى فى المجال التربوى ، كان لابد من التأنى عند اختيار الأفراد الذين توكل إليهم هذه المهمة.

ويمكن القول بأن هناك أساسين يتم فى ضوئهما اختيار المرشدين النفسيين بوجه عام والمرشدين الطلابيين بوجه خاص ، هذين الأساسين هما : الاستعداد، والإعداد (أو التدريب). ويمكن هنا الاستعانة بالتصور الذى أعده المؤلف الحالى فيما يتعلق بإعداد الاخصائيين النفسيين الإكلينيكيين للعمل فى مجال تعاطى المخدرات (انظر : يوسف ، ١٩٩٤م) ويقوم هذا التصور على أن هناك سمات وخصال لابد من توافرها لمن يعمل فى هذا المجال ومنها على سبيل المثال لا الحصر : التسامح والتحمل ، وتكامل الشخصية ، والذكاء ، والمرونة ، والإيثار ، وأن يكون لديه الرغبة فى تطوير نفسه مهنيًا من خلال الاطلاع والاتصال بمراكز العلم.

أما الأساس الثانى فهو عملية الإعداد والتدريب وتنقسم هذه العملية إلى أربع مراحل هى مرحلة الإعداد النظرى فى الجامعات وما يتلقاه من مقررات مختلفة فى علم النفس وغيره من العلوم بصفة عامة وفى الإرشاد النفسى والعلاج النفسى والأمراض النفسية بصفة خاصة. والمرحلة الثانية هى الدراسة العملية التطبيقية والتى تركز أساسًا على إكساب المرشد النفسى المهارات اللازمة للعمل فى مجال الإرشاد بصفة عامة وفى المجال الطلابى بصفة خاصة . والمرحلة الثالثة هى التدريب الميدانى تحت إشراف مرشدين سابقين أو خبراء فى المدارس المختلفة حيث يقوم بأداء المهام الإرشادية تحت إشراف وتوجيه مرشد نفسى خبير يقوم بتوجيهه وتصويب خطواته أولاً بأول . وبعد إتمام هذه المرحلة تأتى المرحلة الرابعة وهى ممارسة العمل فى مجال الإرشاد بشكل مستقل واعتمادًا على ما تم إنجازه فى المراحل السابقة .

وقد أجرى الصنيع والصالح دراسة عن المقومات العلمية والأخلاقية والسلوكية للمرشد الطلابى من منظور إسلامى (الصنيع والصالح ، ١٤١٠ هـ).

وقد طبق الباحثان استبانتهما على مجموعتين الأولى من أعضاء هيئة التدريس (٣٠ عضوًا) وهم من المتخصصين فى علم النفس والخدمة الاجتماعية ، والثانية من المرشدين (٥٨ مرشدًا) ممن يعملون فى مدارس التعليم العام بمراحلها الثلاث بالمملكة العربية السعودية ، وبعد تحليل النتائج انتهى الباحثان إلى

مجموعتين من المقومات التي تلزم المرشد النفسى طبقًا لآراء عينتى الدراسة ، الأولى مجموعة المقومات الأخلاقية السلوكية وتشمل ما يأتى :-

- سلامة العقيدة .
- الالتزام بالأوامر الشرعية .
- تقبل الغير .
- النضج الانفعالى .
- التقوى .
- التروى فى الحكم .
- القدرة على اتخاذ القرار .
- الأمانة .
- الإخلاص .
- ملكة الإصغاء .
- الثقة بالنفس والتحكم فيها .
- المحافظة على أسرار المسترشد .
- القدوة .
- الصبر والتحمل .
- القدرة على الإقناع .
- حب مساعدة الغير .
- أداء العبادات مع الطلاب .
- قوة الشخصية .
- العدل وعدم التحيز .
- القدرة على التوقع والتفكير المنطقى .

أما المجموعة الثانية فتشمل المقومات العلمية ، وهى مجموعة المقومات التى يحتاجها المرشد بحيث يكون مؤهلاً للقيام بعملية الإرشاد بشكل سليم وتشمل قسمين هما : المهارات الفنية والمقررات العلمية ، وتضم المهارات الفنية ما يلى :-

- تكوين العلاقات الجيدة .
- تفسير نتائج الملاحظة .
- العمل مع الطلاب المشكلين .
- استخلاص نتائج المقابلات .
- كتابة التقارير النفسية .
- تنفيذ المقابلات العلاجية .
- استخدام الملاحظة .
- استخدام الاستبانات اللازمة .
- استخدام نتائج الاستبانات .
- تطبيق الاختبارات النفسية .
- استخلاص نتائج الاختبارات النفسية .
- إعداد الاستبانات اللازمة للعمل النفسى .

أما مجموعة المقررات العلمية التى يلزم للمرشد دراستها ، حتى يتم إعداده الإعداد المناسب فكانت كالتالى : علم النفس ، الخدمة الاجتماعية ، العلوم الشرعية ، الاجتماعيات ، اللغة العربية ، الحاسب الآلى ، الرياضيات ، العلوم (المرجع السابق) .

رابعًا : التوجيه والإرشاد الطلابى فى المملكة العربية السعودية: نظرة خاصة

أولت وزارة المعارف بالمملكة العربية السعودية اهتمامًا كبيرًا لموضوع التوجيه والإرشاد وأنشأت لذلك إدارتين عامتين ، إحداهما للتوجيه والتدريب التربوى ، والثانية للتوجيه والإرشاد الطلابى (التوثيق التربوى ، ١٤٠٢هـ، ص١٢).

(١) التوجيه والإرشاد الطلابى فى المملكة العربية السعودية : تطوره وأهدافه :

يقصد بالتوجيه والإرشاد الطلابى تلك العملية البناءة التى تهدف إلى مساعدة التلميذ لكى يفهم ذاته ، ويدرس شخصيته ، ويعرف خبراته ، ويحدد

مشكلاته ، وينمى إمكاناته ويحل مشكلاته فى ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه وفى إطار من التعاليم الإسلامية السمحة لكى يصل إلى تحقيق أهدافه وتحقيق التوافق شخصيًا وتربويًا ومهنيًا ، وأسريًا واجتماعيًا ، وبالتالى يساهم فى تحقيق الأهداف العامة للعملية التعليمية (التوثيق التربوى ، ١٤٠٢ هـ ، ص٧٠).

وقد مر التوجيه والإرشاد الطلابى فى المملكة العربية السعودية بعدة مراحل، المرحلة الأولى بدأت بإنشاء إدارة التربية والنشاط الاجتماعى (١٣٧٣ - ١٣٨١ هـ) وفى العالم التالى لإنشاء وزارة المعارف ١٣٧٤ هـ أنشأت الوزارة إدارة التربية والنشاط الاجتماعى لتقوم بالإشراف الفعلى على مختلف أوجه النشاط المدرسى فى مدارس المملكة ، ووضع البرامج والخطط التى تساعد على نمو النشاط الاجتماعى وتقدم المقترحات التى تهدف إلى ترقية النواحى الاجتماعية .

وقد استجابت المدارس إلى توجيهات إدارة التربية والنشاط الاجتماعى وإرشاداتها وطبقت وسائل التربية الحديث التى من أهمها : نظام الأسرة المدرسية، ومجالس الآباء والمعلمين ، والأندية الرياضية المدرسية ، والأنشطة الاجتماعية والثقافية ، ونظام خدمة البيئة . وقامت الوزارة بتزويد إدارة التربية والنشاط الاجتماعى بالاخصائيين الاجتماعيين للقيام بالإشراف على نواحى النشاط الاجتماعى بالمدارس وتنظيم الجمعيات ودراسة الحالات الفردية . وعينت الوزارة أيضًا فى كل منطقة تعليمية مشرفًا اجتماعيًا يتولى الإشراف على الأوجه المختلفة للنشاط فى المدارس .

أما المرحلة الثانية فتمت بإنشاء إدارة التربية الاجتماعية بالإدارة العامة لرعاية الشباب (١٣٨١هـ - ١٤٠٠هـ) . وقد طورت إدارة التربية والنشاط الاجتماعى إلى إدارة عامة لرعاية الشباب فى عام ١٣٨١هـ ضمت أربع إدارات فرعية منها إدارة التربية الاجتماعية . وتتولى هذه الإدارة التنظيم والإشراف على الجمعيات التعاونية ومجالس الآباء والمعلمين والأندية المدرسية ونظام رواد الفصول والإسعاف المدرسى بالإضافة إلى أنواع الأنشطة المدرسية المختلفة التى تزاوله المدارس فى مراحل التعليم كالنشاط الثقافى والاجتماعى .

بالإضافة إلى ذلك بدأت الإدارة العامة ١٣٨٢هـ فى إقامة دورات تدريبية صيفية لإعداد الرواد الاجتماعيين للعمل فى المدارس الابتدائية . ولم تغفل الوزارة مشكلة أوقات فراغ التلاميذ فأقامت مراكز الشباب بالمدارس ليمارس التلاميذ مختلف ألوان النشاط الاجتماعى والرياضى والثقافى والفنى .

أما المرحلة الثالثة فقد توجت بإنشاء الإدارة العامة للتوجيه والإرشاد الطلابى عام ١٤٠١هـ وقد حرصت الوزارة على أن تعطى الطلاب الاهتمام الكافى برعايتهم وتوجيههم والعمل على حل مشكلاتهم والقضاء عليها للتيسير عليهم فى تحصيلهم الدراسى وكذا حل مشكلات التعليم وبحث أسباب التخلف الدراسى والغياب والإهدار بقصد تحسين العملية التعليمية وقد قامت الإدارة العامة للتوجيه والإرشاد الطلابى بعمل مشروع للتوجيه والإرشاد الطلابى ، يقوم على الأهداف التالية :-

١- توجيه الطالب وإرشاده إسلاميًا من النواحى النفسية والأخلاقية والاجتماعية والتربوية والمهنية لكى يصبح عضوًا صالحًا فى بناء المجتمع.

٢- إجراء البحوث والدراسات حول المشكلات التى يواجهها أو قد يواجهها الطلاب أثناء الدراسة ، سواء كانت شخصية أو اجتماعية أو تربوية والعمل على إيجاد الحلول المناسبة التى تكفل أن يسير الطالب فى دراسته سيرًا حسنًا ، مما يوفر له الصحة النفسية .

٣- العمل على اكتشاف مواهب وقدرات وميول الطلاب والعمل على توجيه واستغلال تلك المواهب والقدرات والميول فيما يعود بالنفع على الطالب بشكل خاص والمجتمع بشكل عام.

٤- مساعدة الطلاب بقدر المستطاع للاستفادة القصوى من برامج التربية والتعليم المتاحة لهم وإرشادهم إلى أفضل الطرق للدراسة والمذاكرة .

٥- العمل على مساعدة الطالب على اختيار نوع الدراسة أو المهنة التى تتناسب مع مواهبه وقدراته وميوله واحتياجات المجتمع.

٦- العمل على توثيق الروابط والتعاون بين البيت والمدرسة لكي يصبح كل منهما مكملاً للآخر وامتدادًا له .

٧- المساهمة فى إجراء البحوث والدراسات حول المشكلات التى تواجهها العملية التعليمية فى المملكة .

٨- العمل على توعية المجتمع المدرسى والمجتمع بشكل عام بأهداف ومهام برامج التوجيه والإرشاد الطلابى (التوثيق التربوى ١٤٠٢هـ، ص٦٧ - ٧١).

إن الصياغة السابقة لأهداف التوجيه والإرشاد الطلابى تتسم بالشمول والعمومية مما يزيد من حجم مسئوليات المرشد الطلابى كى تستوعب جميع المشكلات التى تتعلق بالطلاب سواء كانت شخصية أو اجتماعية أو تربوية . ونحن نعتقد أن تعاطى المخدرات والوقاية منها واحدة من تلك المشكلات ، بل هى من أهم تلك المشكلات لتعدد آثارها ، وخطورتها خاصة فيما يتعلق بالتلاميذ ، كما سبق أن أوضحنا فى الفصول السابقة . وبالتالى فإن دور المرشدين الطلابيين فى التصدى لهذه المشكلة ينبغى أن يحدد بوضوح ويتم تناوله على نحو منفرد ومحدد ، حيث إن مواجهة هذه المشكلة تتطلب إعدادًا خاصًا وتدريبًا مهنيًا سليما.

(٢) المرشدون الطلابيون ودورهم فى الوقاية من تعاطى المخدرات :

لقد تبين من تتبع المواجهة مع ظاهرة تعاطى المخدرات أنه لا قبل لأجهزة الأمن وحدها على مواجهة هذه الظاهرة . ويبدو أن ثمة جانبًا آخر للمشكلة يخرج عن نطاق هذه الأجهزة الأمنية ، وهو جانب تتحمله كل أنظمة المجتمع ومؤسساته ، وتأتى التربية فى مقدمتها وذلك لأن الاعتماد المطلق على قانون الردع والعقاب حتى الآن لم يحل المشكلة أو يخفف من حدتها ، وتنفيذ القانون بغير عمل تربوى مصاحب لم يجد نفعًا فى طريق مواجهة الظاهرة ، فمتعاطى المخدرات قبل أن يكون مجرمًا يلاحقه القانون ، هو ضحية ظروف تربوية سيئة ، كما هو ضحية تنشئة اجتماعية خاطئة ، لم تشعره بأهمية القيم الاجتماعية ، فخالفها ربما لجهل بأهميتها أو لعدم إدراك صحيح لأهدافها وغاياتها (عبد العال ، ١٤٠٨هـ ، ص٤٩).

ولما كان الفشل فى الحياة المدرسية ، والقسوة فى المعاملة ، والانضمام إلى رفقاء السوء ، وعدم إشباع الحاجة إلى الحب والتقدير والانتماء ، وإتاحة فرص إثبات الذات يؤدى إلى البحث عن إشباع تلك الحاجات خارج الأسرة والمدرسة وفى دائرة الصداقات والتجمعات المشبوهة ، وبوسائل متعددة ومنها تعاطى المخدرات ، كان لابد من تعاون جميع مؤسسات المجتمع التربوية والاجتماعية فى مواجهة تلك الظواهر . (العبد القادر، ١٤١٢هـ ، ص١٩٩).

إن التعليم والمدرسة - كمؤسسة اجتماعية تربوية - يستطيع أن يسهم فى مواجهة ظاهرة المخدرات ، إذا تضمنت برامجه وأنشطته تنمية مهارات الأفراد ومواهبهم وممارسة هذه المهارات ، والمفاهيم التعليمية المختلفة بجدية حتى يشعر الأفراد بسعادة تغمرهم حينما يحققون النجاح ، والمدرسة يمكن أن تقوم بدور أكثر أهمية في توعية الدارسين بالمخدرات بشكل عام من خلال برامج دراسية تركز على سوء استعمال المخدرات والآثار السيئة الناجمة عنها (عبدالعال ، ١٤٠٨هـ، ص٥٣).

لقد كان دور التربية والتعليم جليّا فى التعامل مع الظاهرة ، من خلال الكتابات التى دعمت أهمية وضرورة هذا الدور (الحقيل ١٤١٠هـ ، الشعوان والديحان ، ١٤١٠هـ ، العبد القادر ١٤١٢هـ) . غير أن بعض هذه الكتابات جاءت لتبسيط القضية، من خلال إسناد المهمة إلى غير المتخصصين أو غير المؤهلين للقيام بها . فالتصور بأن المعلمين هم جهة الاختصاص فى التوعية بأضرار المخدرات ، والقيام بالواجب الوقائى ، تصور غير مستند إلى أسس علمية أو واقعية فنحن نعلم أن بعض المعلمين - وكنتيجة لضرورات عملية - يكون غير مؤهل أو معد للتعامل مع هذه الظاهرة ، وأبسط الأمور أنه غير مزود بالمعلومات الصحيحة أو المعرفة العلمية عن ظاهرة تعاطى المخدرات . إننا لا ننكر دور المعلم فى التربية وتنمية الوازع الأخلاقى ، وتقديم القدوة الحسنة ، لكن الاستراتيجية الفعَّالة هى الاستراتيجية متعددة الأسس والمحاور . ويمكن للمعلم أن يقوم بدور فعال فى هذه الاستراتيجية ، ويبقى الدور الرئيسى والهام لمن يقوم بمهمة التوجيه

والإرشاد ، بشرط أن يكون لدى هذا الموجه والمرشد الخلفية المناسبة عن الظاهرة التى يطلب منه الإسهام فيها.

لقد ظهر التوجيه والإرشاد الطلابى فى المدارس ليحقق جملة من الأهداف ومنها التصدى للمشكلات الشخصية والاجتماعية والتربوية التى تصادف التلاميذ ومساعدتهم فى حلها ، وذلك من خلال مجموعة كبيرة من الخدمات التى يمكنه تقديمها ، سواء فى صورة إرشاد وقائى أو تربوى أو مهنى أو اجتماعى أو أخلاقى .

وإذا كان هناك تفاوت - فى الواقع - بين الدور الممكن للمرشدين الطلابيين والدور الفعلى المحقق فى الوقاية من تعاطى المخدرات ، فإن ذلك يرجع إلى عوامل أخرى لا تنفى أهمية المسئولية الملقاة على عاتق هؤلاء المتخصصين فى المساهمة فى مواجهة هذه الظاهرة ، وأن إعدادهم وتدريبهم على القيام بهذه المهمة أمر لا مناص منه ، فى ضوء البيانات ونتائج الدراسات التى تناولت تعاطى المخدرات لدى التلاميذ والطلاب فى المدارس والجامعات كما سبق أن أشرنا .



الفصل الرابع

المنهج والإجراءات

مقدمة

بعد أن تناولنا فى الفصول السابقة بيان الهدف من الدراسة الحالية وتحديد مشكلتها وأهمية التصدى لها ، والمناقشة المفصلة للمتغيرين الرئيسيين فيها وهما الوقاية ، والتوجيه والإرشاد الطلابى وذلك من خلال إطار نظرى ، ودراسات ميدانية ، نخصص هذا الفصل لوصف المنهج والإجراءات التى اتبعناها لجمع البيانات الإمبيريقية للدراسة الراهنة وذلك على النحو التالى :-

أولاً : عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة الحالية من ٥٦ مرشدًا طلابيًا(*) من مناطق مختلفة بالمملكة وقد تم الحصول على هذه العينة بطريقتين: الأولى مجموعة المرشدين الدارسين بدبلوم التوجيه والإرشاد الطلابى بكلية التربية جامعة الملك سعود والثانية من خلال اتصالات مباشرة قمنا بها من خلال بعض طلاب الدراسات العليا بقسم علم النفس.

ويتراوح المدى العمرى لهؤلاء المرشدين بين ٢٥ - ٣٧ عامًا بمتوسط عمرى ٣٠,٢٩ وانحراف معيارى ٢,٤٥ وتتراوح فترة عملهم فى مهنة الإرشاد الطلابى بين ثلاثة أعوام وعشرة أعوام بمتوسط ٦,٣٩ وانحراف معيارى ١,٨٦ يعملون بالمراحل التعليمية الثلاث الابتدائية والمتوسطة والثانوية . أما المؤهلات الدراسية فكانت كما يلى :

(*) كانت عينة الدراسة الأصلية ٦٠ مرشدًا ، وتم الاستغناء عن أربعة استبيانات لوجود نقص فى بياناتها

جدول رقم (١)

توزيع أفراد العينة طبقاً لنوع المؤهل الدراسى

نوع المؤهل	التكرار	النسبة المئوية
١- بكالوريوس علم النفس	٣٢	٪٥٧,١٤
٢- بكالوريوس الاجتماع	٩	٪١٦,٠٧
٣- بكالوريوس الخدمة الاجتماعية	١٥	٪٢٦,٧٩
المجموع	٥٦	٪١٠٠

وقد تبين أيضاً أن غالبيتهم (٥٤ مرشداً) ، أى بنسبة ٩٦,٤٪ لم يتجاوز تعليمهم الدرجة الجامعية الأولى والبقية وهم مرشدان اثنان بنسبة ٣,٦٪ من طلاب الدراسات العليا.

ثانيًا : أداة الدراسة وخصائصها السيكومترية :

اعتمدنا فى هذه الدراسة على الاستبيان (الاستخبار) Questionnaire ، وقد قمنا بإعداده لحساب الدراسة الحالية ، وقد استفدنا فى إعداده بالأداة المستخدمة فى بحوث البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة (انظر : سويف وآخرين ، ١٩٩٠).

وقمنا بعد ذلك بعرض الاستبيان على مجموعة من الزملاء ، خاصة من لهم إسهام فى بحوث تعاطى المخدرات لإبداء الرأى حولها. وكانت ملاحظاتهم محل اعتبار عند إعداد الصورة النهائية للاستبيان .

ويتكون الاستبيان فى صورته النهائية من ثلاثة أجزاء رئيسية ، يدور الأول حول البيانات الأولية عن المجيب ، والثانى يحتوى على بعض الأسئلة المحددة (١٥ سؤالاً) تعطى صورة موجزة عن ثقافة المجيب حول موضوع المخدرات . ويجاب عن هذه الأسئلة «بنعم» أو «لا» أو لا رأى لى» ويستخرج منها درجة كلية تعبر عن مستوى معلومات الفرد حول المخدرات . أما الجزء الثالث فهو عبارة عن مجموعة

من الأسئلة المتنوعة تدور حول موضوع الوقاية من تعاطى المخدرات والدور الممكن والفعلى للمرشد الطلابى ومجموع هذه الأسئلة (الرئيسية والفرعية) ٢٥ سؤالا ، بعضها أسئلة مغلقة النهايات يجاب عنها بـ «بنعم» أو «لا» أو الاختيار من متعدد والبعض الآخر مفتوح النهايات. ويعامل كل سؤال من هذه الأسئلة كوحدة مستقلة قائمة بذاتها برغم أن هناك أسئلة تترتب على ما سبقها من أسئلة .

وقد قمنا بالتحقق من الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة على النحو التالى :-

١ - الثبات :

اعتمدنا فى تقدير الثبات لبنود الاستبيان على طريقة إعادة الاختبار (أو التطبيق) على عينة قوامها ٢٠ مرشدًا طلابيًا ، وتراوحت الفترة الفاصلة بين التطبيق وإعادة التطبيق ما بين أسبوع إلى عشرة أيام ، ونظرًا لاختلاف طبيعة الأسئلة والمتغيرات الواردة بالاستبيان ، فقد اعتمدنا على أكثر من طريقة إحصائية لحساب الثبات وهو ما يتضح من الجدول التالى :

جدول رقم (٢)

معاملات الثبات لبنود وأسئلة الاستبيان

بنود وأسئلة الاستبيان	ن	معامل الثبات	أسلوب التقدير
أولاً : مقياس المعلومات	٢٠	٠,٨٣	بيرسون
ثانيًا : أسئلة الجزء الثانى			
١* -	٢٠	٪٩٠	نسبة اتفاق
٢ -	١٢	٪٨٣	نسبة اتفاق
٣ -	٢٠	٪٨٥	نسبة اتفاق
٤ -	٧	٪٧٢	بيرسون
٥ -	٢٠	٪١٠٠	نسبة اتفاق
٦ -	١٥	٪٩٣	نسبة اتفاق
٧ -	٤	٪١٠٠	نسبة اتفاق
٨ -	٤	٪٧٥	نسبة اتفاق
٩ -	٤	٪١٠٠	نسبة اتفاق
١٠ -	٤	٪٧٥	نسبة اتفاق
١١ -	٢٠	٪٨٠	نسبة اتفاق
١٢ -	٢٠	٪٨٥	نسبة اتفاق
١٣ -	٢٠	٪٧٠	نسبة اتفاق
١٤ -	٢٠	٪٩٠	نسبة اتفاق
١٥ -	١٥	٪٩٣	نسبة اتفاق
١٦ -	١٢	٪٧٥	نسبة اتفاق
١٧ -	٢٠	٪٨٠	نسبة اتفاق
١٨ -	١١	٪٧٢	نسبة اتفاق
١٩ -	٢٠	٪٩٠	نسبة اتفاق
٢٠ -	٢٠	٪١٠٠	نسبة اتفاق
٢١ -	٤	٪٧١	بيرسون
٢٢ -	٤	٪٧٥	نسبة اتفاق
٢٣ -	٢٠	٪٩٠	نسبة اتفاق
٢٤ -	١٣	٪٧٧	نسبة اتفاق

ويلاحظ من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات مقبولة ، وغالبيتها مرتفعة ، وتعدى الكثير منها ٩٠٪ (نسبة اتفاق) . ونود أن نشير إلى أن اختلاف حجم العينة المستخدم فى حساب الثبات من سؤال إلى آخر مرجعه أن بعض الأسئلة مترتب علي البعض الآخر ، وبالتالى فإن هناك أسئلة لم توجه إلى جميع المبحوثين .

* يشير الرقم هنا إلى رقم السؤال فى أداة الدراسة ، وللحصول عليها يمكن الاتصال بالمؤلف مباشرة.

الصدق :

اعتمدنا فى تقدير الصدق على عدة مؤشرات أولها الاطئنان إلى أن معظم معاملات الثبات التى حصلنا عليها مرتفعة ولم تقل عن الحد الأدنى الذى يمكننا من استخلاص ٥٠٪ من التباين الحقيقى لأسئلة الاستبيان . وثانيها هو تكامل البنود بدلاً من تعارضها أو تناقضها فيما بينها ، أى أن تكون مجموعة من الإجابات الصادرة ردًا على الأسئلة التى تتناول الجوانب المختلفة لمجال واحد ملتقية فيما بينها على تكوين صورة متكاملة خالية من التناقضات الداخلية . والثالث هو الاتفاق مع توقعات معقولة يمليها منطق الأحداث أو تمليها نتائج بحوث سابقة حول جوانب أخرى من الظاهرة التى نقوم بدراستها (سويف وآخرون ، ١٩٨٧ ، ١٩٩١م) وقد تبين لنا من خلال تحليل نتائج الإجابات على الأسئلة الواردة بالاستبيان أنها تخلو من التناقض ومن أمثلة ذلك الاتساق فى الإجابة عن السؤال الخاص بالاعتقاد بمدى توفر معلومات عن المخدرات مع الأسئلة التالية له والتى تتعلق بالقراءة عن المخدرات وحضور دورات تتعلق بالمخدرات (وهو ما سوف يتضح أكثر من مناقشة النتائج) ومن الأمثلة الدالة على تحقيق المؤشر الثالث (الاتفاق مع نتائج دراسات سابقة) ما تبين لنا عند السؤال عن مصدر المعلومات عن المخدرات حيث جاءت وسائل الإعلام المختلفة على رأس القائمة بنسبة ٤٢,٤٢٪ وهو ما سبق أن انتهت إليه دراسة سابقة فى مصر على العمال الصناعيين ، حيث كانت وسائل الإعلام تحتل مركز الصدارة فى السماع عن بعض المواد النفسية (انظر : يونس ، ١٩٩١م).

ثالثًا : جمع البيانات :

اعتمدنا فى جميع بيانات الدراسة الحالية على الاستبيان الذى أعددناه لهذا الغرض ، وكان التطبيق يتم على نحو فردى ، وقد ساعد فى ذلك بعض الزملاء من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس - كلية التربية - جامعة الملك سعود ، وقد قام الباحث بمراجعة الاستبيانات المطبقة واستبعد منها الحالات التى بها نقص فى الإجابة ، وبعد ذلك أعدت البيانات للمعالجة الإحصائية .

رابعًا : التحليل الإحصائى :

اعتمدنا فى هذه الدراسة على بعض الإجراءات الإحصائية البسيطة التى تناسب طبيعة البيانات وتنسجم مع أهداف البحث الحالى وهى :-

١ - حساب التكرارات والنسب المئوية .

٢ - حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية .

٣ - حساب دلالة الفروق بين المتوسطات t. test عند المقارنات الفرعية.

٤ - حساب النسبة الحرجة لدلالة الفروق بين النسب عند المقارنات الفرعية.

٥ - حساب كا^{٢} للوقوف على الدلالة الإحصائية للبيانات التكرارية .

★ ★ ★

الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

مقدمة

اشتملت أداة الدراسة الحالية على قسمين رئيسيين : الأول مقياس مختصر للمعلومات العامة حول تعاطى المخدرات ، الهدف منه الخروج بصورة إجمالية عن الخلفية العلمية للمرشدين الطلابيين فى هذا الموضوع . والثانى عبارة عن مجموعة من الأسئلة التفصيلية التى تدور بشكل رئيسى حول موضوع الوقاية من تعاطى المخدرات وخفض الطلب سواء على مستوى الإمكانية أو التحقيق .

وسوف يتم عرض ومناقشة نتائج هذه الدراسة بالنسبة للقسمين السابقين على مستويين ؛ يقتصر المستوى الأول على الوصف لما تم التوصل إليه من نتائج بينما يركز المستوى الثانى على المقارنة بين جماعات فرعية (مشتقة من العينة الأصلية) تم تقسيمها على أساس اثنين من المتغيرات المختارة ؛ وهما نوع التخصص والخبرة الوظيفية .

المستوى الأول : النتائج الوصفية :

(أ) المعلومات حول المخدرات :

يوضح الجدول التالى توزيع الدرجات على مقياس المعلومات العامة حول المخدرات فى شكل تكرارات ونسب مئوية .

جدول رقم (٣)

توزيع درجات المعلومات العامة حول المخدرات

فئات الدرجات	التكرار	النسبة المئوية٪	فئات الدرجات	التكرار	النسبة المئوية٪
٢-	١	١,٨	١٦-	١٢	٢١,٤
٤-	صفر	صفر	١٨-	١١	١٩,٦
٦-	٢	٣,٦	٢٠-	٨	١٤,٣
٨-	٢	٣,٦	٢٢-	٣	٥,٤
١٠-	٤	٧,١	٢٤-	صفر	صفر
١٢-	٥	٨,٩	٢٦-	صفر	صفر
١٤-	٧	١٢,٥	٢٨ فأكثر	١	١,٨
المجموع				٥٦	٪١٠٠

بلغت قيمة كا٢ للجدول السابق ٥٣,٥ وهى دالة فيما وراء ٠,٠٠١ بكثير مما يعنى وجود تفاوت جوهرى بين أفراد العينة فى مستوى معلوماتهم حول موضوع المخدرات . ولما كان المقياس موجهًا أساسًا لعينة خاصة، يفترض أن لديهم خلفية متخصصة بعض الشىء عن الموضوع محور الاهتمام وهو موضوع المخدرات بصفة عامة ، باعتبار أنهم من خريجى أقسام علم النفس وعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية ، وبعضهم قد حصل على دورات تخصصية أو منتسب للدراسات العليا ، كنا نتوقع أن يأخذ التوزيع شكلاً آخر يختلف عن التوزيع السابق ، بمعنى آخر كنا نتوقع أن يكون التوزيع ملتويًا فى اتجاه زيادة نسبية واضحة فى عدد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على المقياس تأسيسًا على التخصص وعلى بساطة المعلومات الواردة فى المقياس وعلى حصول البعض على دورات تدريبية أو الالتحاق بالدراسات العليا. ولكى نوضح الصورة أكثر ، يمكن أن نقسم العينة على أساس الدرجات إلى ثلاث فئات بناء على المتوسط الحسابى. وسنجد أن الذين تقل معلوماتهم عن المتوسط ٣٧,٥٪ ، وذوى المعلومات المتوسطة ٢١,٤٪ والذين تتعدى درجاتهم المتوسط ٤١,١٪ ولما كان المستوى المتوسط من المعلومات هنا غير مرض ، فإننا نعتبر أن ٥٨,٩٪ من إجمالى أفراد العينة لا يملكون الخلفية العلمية

المناسبة فى موضوع المخدرات والتى تسمح لهم بالمشاركة الفعَّالة فى التعامل مع تعاطى المخدرات من حيث اكتشاف الحالات أو توجيهها أو المساعدة فى علاجها.

إن عمليات التوجيه والإرشاد النفسى ليست ترفًا من ترف الحياة العصرية . وهى ليست عمليات اجتهادية وضربًا من ضروب التخمين ولا نوعًا من أنواع المعرفة العامة أو الثقافة الشائعة ، إنها علم له قواعد وأصول ، وممارسة تحتاج إلى خبرة وإعداد . لقد أصبح التوجيه والإرشاد أحد ضرورات الحياة الإنسانية المعاصرة . وذلك أن كثيرًا من الناس - خاصة الصغار والمراهقين - يكونون عادة قليلى الخبرة ، محدودى التجربة فى مواجهة مستجدات الحياة ومتغيراتها ومشكلاتها ، ومن ثم فهم يحتاجون إلى مرجع ما يرجعون إليه ليقدم لهم المشورة على حل مشكلاتهم وتخطيط حياتهم ويحذرهم من مواطن الهلاك ومزالق الانحراف .

من هنا يتضح أن القيام بواجب التوجيه والإرشاد يحتاج بداية إلى المعرفة العامة والمتخصصة كما يحتاج إلى الخبرة والتدريب العملى. ويصدق ذلك بوجه خاص على موضوع تعاطى المخدرات حيث يعج الميدان بمعلومات كثيرة اختلط فيها الصحيح بالخطأ ، والعلمى بالفلكلورى .

إن برامج الوقاية والعلاج والتأهيل والاستيعاب الاجتماعى للمدمنين (أو المعرضين للإدمان والتعاطى) لا يمكن أن تنشط دون أن يتوفر لها فى البداية حد أدنى من الكوادر المدربة ، أى الكوادر التى يتوفر لها قدر من العلم بموضوعات هذه البرامج ، مع قدر من الخبرة العملية المتعلقة بما تشير إليه هذه الموضوعات من خدمات ، ويقتضى ذلك وضع برامج تدريبية مفصلة للقوى البشرية المشاركة بما يلائم الموقف فى جملته ، والموقف هنا يشمل : المخدرات موضع الاهتمام وطبيعة الخدمات المطلوبة (وقائية ، علاجية ، تأهيلية) والمؤهلات المتوفرة لدى الأشخاص المرشحين للعمل فى إطار تقديم الخدمات ، وأيًا كان المستوى الراقى أو التواضع العلمى لبرامج التدريب هذه فهى لابد وأن تحتوى على عنصرين أحدهما من قبيل المعلومات النظرية والآخر من قبيل المهارات العلمية. ومن ثم فلابد من أن تحتوى هذه البرامج على عناصر تقدم للمتدربين من خلال العرض والمناقشة

والتلقين من ناحية ، وعناصر أخرى تقدم من خلال البيان العلمى وإكساب المهارات (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢م ، ص٢٦٥- ٢٦٦).

إن الدعوة إلى ضرورة الإعداد الخاص للمرشدين الطلابيين فى المدارس بتزويدهم بالمعلومات العلمية الصحيحة حول موضوع تعاطى المخدرات وإكسابهم المهارات العملية عن كيفية ممارسة العمل الوقائى والعلاجى والتأهيلى للمساهمة الفعّالة فى تلك البرامج سوف يتبين من خلال عرض ومناقشة مجموعة من الأسئلة التفصيلية التى تدور حول الوقاية من تعاطى المخدرات فى القسم الثانى .

(ب) الأسئلة التفصيلية حول موضوع الوقاية من تعاطى المخدرات :

بدأت هذه المجموعة من الأسئلة بمحاولة الحصول على تقرير ذاتى من المرشدين أنفسهم عن مدى توافر قدر كاف من المعلومات عن موضوع الإدمان أو تعاطى المخدرات ويوضح الجدول التالى رأى المرشدين الطلابيين فى مدى مالديهم من معلومات .

جدول رقم (٤)

مدى توفر المعلومات عن الإدمان وتعاطى المخدرات

فئات الإجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	٣٣	٥٨,٩٣٪
لا	٢٣	٤١,٠٧٪
المجموع	٥٦	١٠٠٪

بلغت قيمة كا٢ للجدول السابق ١,٧٩ وهى غير دالة ، ومن ثم فنحن نرى من الجدول السابق أن نسبة الذين أقروا بأن لديهم معلومات كافية عن المخدرات تجاوز ٥٠٪ بقليل ، ورغم أن هذه النسبة ليست مرضية فى ضوء الاعتبارات التى سبق أن ذكرناها ، فإنها تلتقى إلى حد كبير مع التقييم الموضوعى الذى قمنا به من خلال مقياس المعلومات حول المخدرات الذى عرضنا نتائجه فى القسم السابق ،

حيث ظهرت نسبة غير قليلة من المرشدين تعانى من نقص واضح فى المعلومات حول المخدرات . ولهذا الإقرار الذى قدمه المرشدون أنفسهم بعض التضمينات منها :-

١- أن هذا الالتقاء بين المقياس الكمى والتقرير الذاتى يعطى درجة كافية من المصداقية للاستجابة المقدمة من قبل المرشدين .

٢- أن هناك نسبة غير قليلة (٤١,٧٪) تعتقد أنه ليس لديها معلومات كافية حول موضوع المخدرات ، مما يجعل إمكانية قيامها بدور واضح فى مواجهة خطر التعاطى والتعرض له بين تلاميذ المدارس أمرًا مشكوكًا فيه.

٣- أن الوضع الراهن يحتم ضرورة الاهتمام بالإعداد المتخصص للمرشدين الطلابيين إذا ما أردنا لهم القيام بواجبهم فى مكافحة الطلب على المخدرات بين تلاميذ المدارس ، فى ضوء الأرقام والحقائق التى سقناها فى مقدمة هذه الدراسة، والتي تؤكد بما لايدع مجالاً للشك أن هناك نسبة لا يستهان بها من تلاميذ المدارس غير المتعاطين معرضة لأن تقدم على التعاطى تحت وطأة أخف المثيرات وزنًا (سويف وآخرون ، ١٩٩٢م) وأن التعاطى يرتبط بانخفاض التحصيل ، وبأشكال عديدة من الانحرافات السلوكية (سويف وآخرون ، ١٩٩٠ ، ١٩٩٢م).

وقد ورد فى التقرير التاسع للجنة خبراء هيئة الصحة العالمية لبحوث تعاطى المخدرات المنشورة سنة ١٩٧٣م ، ما نصه «ينبغى توفير المزيد من المعلومات عن العوامل المرتبطة بتعاطى المواد المحدثة للاعتماد ، وعن أنماط هذا التعاطى ومدى انتشاره ، وذلك حتى يمكن تخطيط برامج الوقاية والعلاج للمشكلات المقترنة بالتعاطى والاعتماد» (من خلال سويف ، ١٩٩١م).

وبعد أن وجهنا السؤال السابق للمرشدين الطلابيين أتبعناه بسؤال فرعى للذين أجابوا عن السؤال السابق بالإيجاب للتعرف على المصادر التى اعتمدوا عليها فى تحصيل معلوماتهم عن المخدرات والإدمان حتى يتضح لنا قيمة أو وزن المعلومات التى أقروا بوجودها لديهم .

ويعرض الجدول التالى نتائج الإجابة عن هذا السؤال :

جدول رقم (٥)

مصدر الحصول على المعلومات عن المخدرات (ن = ٣٣)

م	المصدر	التكرار	النسبة المئوية ٪
١	وسائل الأعلام (راديو+ تليفزيون+ صحف + مجلات)	١٤	٪ ٤٢,٤٢
٢	الدراسة الجامعية الأولى+راديو+صحف+أحاديث يومية	٤	٪ ١٢,١٢
٣	الدراسة الجامعية الأولى + الراديو والتليفزيون	٢	٪ ٦,٠٦
٤	الدراسة الجامعية الأولى + الراديو + الصحف	٢	٪ ٦,٠٦
٥	الدراسة الجامعية الأولى+الراديو+ مصادر أخرى	٢	٪ ٦,٠٦
٦	الدراسة الجامعية الأولى (مرحلة البكالوريوس)	١	٪ ٣,٠٣
٧	دورات تخصصية فى هذا المجال	١	٪ ٣,٠٣
٨	مصادر أخرى	١	٪ ٣,٠٣
٩	الدراسة الجامعية الأولى + الدراسات العليا	١	٪ ٣,٠٣
١٠	الدراسة الجامعية الأولى + دورات تخصصية	١	٪ ٣,٠٣
١١	الدراسة الجامعية الأولى + الصحف والمجلات	١	٪ ٣,٠٣
١٢	الدراسة الجامعية العليا + دورات تخصصية	١	٪ ٣,٠٣
١٣	دورات تخصصية + الراديو والتليفزيون	١	٪ ٣,٠٣
١٤	دورات تخصصية + صحف ومجلات	١	٪ ٣,٠٣
	المجمـــــوع	٣٣	٪ ١٠٠

وقد بلغت قيمة كا^{2} للجدول السابق ٦٥,٦٩ وهى دالة فيما وراء ٠,٠٠١ بكثير وهو ما يعنى وجود تفاوت جوهرى فى توزيع مصادر الحصول على المعلومات عن المخدرات ويمكن أن نخرج من الجدول السابق بالدلالات التالية :

١- إن وسائل الإعلام (الإذاعة ، والتليفزيون ، والصحف والمجلات) تمثل المصدر الرئيسى الذى اعتمد عليه المرشدون فى تكوين معلوماتهم عن المخدرات والإدمان سواء كانت بمفردها (٤٢,٤٢٪) أو مشتركة مع مصادر أخرى كالدراسة فى الجامعة بمرحلتيها (الأولى والعليا) أو الدورات التخصصية . وهى نتيجة سبق أن انتهت إليها بحوث مماثلة فى مصر (انظر على سبيل المثال : سويف ، ١٩٨٧،

يونس، ١٩٩١ م) مما يدل على أن وسائل الإعلام تضطلع بدور كبير فى إمداد الناس بالمعلومات عن المخدرات سواء فى مصر أو المملكة العربية السعودية أو سواهما من الدول .

٢- تضاؤل الإسهام النسبى الذى تقدمه المصادر المتخصصة مثل الدراسة الجامعية الأولى أو الدراسات العليا ، أو الدورات المتخصصة فى مجال الدراسة بشكل واضح . برغم أن المتوقع فى حالات مثل هؤلاء المرشدين الطلابيين أن تكون هذه المصادر هى الأساس فى تكوين خلفيتهم العلمية عن موضوع المخدرات .

٣- فى ضوء النتيجتين السابقتين يبدو من الواضح أنه لا يمكن التعويل على المعلومات المتوفرة لدى المرشدين الطلابيين حول موضوع المخدرات والإدمان ما دام مصدرها الرئيسى وسائل الإعلام والتى تخاطب كافة الجماهير ولاتخص المتعلمين أو المتخصصين دون غيرهم .

ونود أن نشير هنا إلى أننا لا نقلل من أهمية الجهود التى تبذلها وسائل الإعلام ، ولا نشكك فى مقصدها ، فهذه الجهود فى مجموعها تكوّن قدرًا كبيرًا من النشاط الموجه نحو مكافحة الطلب بالاتجاه صوب هدف واحد هو محاولة منع التعاطى أصلاً ولا بأس بهذا المطلب على أساس أنه يمثل مستوى واحدًا هامًا من مستويات متعددة لمطالب الوقاية التى يمكن تعبئة الجهود فى سبيل تحقيقها ، لكن الجدير بالذكر أيضًا أن هذه الجهود رغم مشروعيتها ورغم تعددها وكبر حجمها تحتاج إلى قدر من التعديل والتصحيح حتى لا تصبح إنفاقًا بلا عائد أو أن تصبح ذات عائد معاكس للمقصود منها أصلاً رغم حسن النوايا (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢م ، ص١٦٨).

وتشير هيئة الصحة العالمية فى تقاريرها العلمية إلى ضرورة الامتناع عن استخدام أدوات الإعلام الجماهيرى فى هذا المجال وترى أن استخدام أدوات الإعلام الجماهيرية بقصد إعطاء المعلومات للجمهور وإثناء الأشخاص الذين يحتمل أن يقدموا على التعاطى (على اختلاف نوعياتهم وأحجامهم) - إثنائهم - عن أنواع بعينها من التعاطى أو عن التعاطى أيًا كان ، هذا المجهود يعتبر مثالاً للتبسيط

المخل في تناول مشكلات معقدة بطبيعتها ، ومما يؤسف له أن هذا التناول قد يأتى بعكس المطلوب . لأن إلقاء المعلومات عن المخدرات من خلال أدوات الإعلام الجماهيرية، حتى ولو تم إعداده بعناية ، سوف يصل إلى مجموعات من المواطنين لم يكونوا مقصودين أصلاً بهذه الرسالة (المرجع السابق ، ص١٦٨).

٤- ولما كانت المناقشة هنا ليست موجهة أصلاً للاعتراض على الدور الذى تلعبه وسائل الإعلام فى نقل ثقافة المخدرات بقدر ما هو اعترض على أن تكون هذه الوسائل هى المصدر الرئيسى للمتخصصين أو الذين يتوقع منهم أن يلعبوا دورًا مهنيًا يقوم على أسس علمية فى مواجهة تعاطى المخدرات ، كان من الضرورى أن نتصور أن المرشدين الطلابيين فى المدارس بحاجة ماسة إلى إمداد بالمعلومات العلمية الصحيحة التى تقدمها المصادر المتخصصة ، وإلى تصحيح لما يكونون قد حصلوا عليه من معلومات مشوهة أو غير دقيقة من الوسائل غير المتخصصة .

ولعل مناقشتنا السابقة تتأكد بشكل واضح وتلقى دعمًا من خلال عرض نتائج عدة أسئلة فرعية أخرى طرحناها على المرشدين الطلابيين ، فقد سألناهم عن مدى قراءتهم لكتب متخصصة عن المخدرات ، ومدى توافر معلومات محددة حول هذه الكتب (على اعتبار أن الكتب الهامة والمؤثرة عادة ما تترك انطباعًا لدى القارئ يقاوم نسيانها) ويوضح الجدول التالى نتائج هذه الأسئلة :

جدول رقم (٦)

قراءة كتب علمية عن المخدرات (ن = ٥٦)

فئات الإجابة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	٢١	٪ ٣٧,٥
لا	٣٥	٪ ٦٢,٥
المجموع	٥٦	٪ ١٠٠

بلغت قيمة كا^{2} للجدول السابق ٣,٥ وهى دالة عند مستوى ٠,٠٥ وهو ما يعنى وجود فروق جوهرية بين الذين قرأوا والذين لم يقرأوا كتبًا علمية عن المخدرات ، أى أن نسبة كبيرة من المرشدين الطلابيين أقرت بأنها لم تقرأ كتبًا علمية عن المخدرات. وتتألف هذه النسبة من جزءين الأول عبارة عن الذين أقروا بداية بأنه ليس لديهم معلومات كافية عن المخدرات والثانى من الذين أقروا بأنه لديهم معلومات عن موضوع المخدرات ، ولكنهم لم يقرأوا كتبًا علمية عنها مما يؤكد النتيجة السابقة ، والتى كشفت عن أن وسائل الإعلام هى مصدرهم الرئيسى فى الحصول على المعلومات عن المخدرات وهو ما لا يتفق مع وضعهم المهنى كمتخصصين يتوقع منهم المشاركة فى مكافحة الطلب على المخدرات من خلال جهود التوعية والوقاية .

وتزداد الصورة وضوحًا من خلال سؤالين فرعيين وجهناهما إلى الذين أقروا بقراءة كتب علمية عن المخدرات ، الأول خاص بعدد الكتب التي قرأها كل مرشد ، والثانى بوجود معلومات عن هذه الكتب كاسم المؤلف ، أو عنوان الكتاب ، ويوضح الجدولان التاليان نتائج الإجابة عن هذين السؤالين .

جدول رقم (٧)

عدد الكتب التى قرأها كل مرشد (ن = ٢١)

عدد	التكرار	النسبة المئوية
لا يتذكر العدد	٨	٪ ٣٨,١٠
كتاب واحد	٨	٪ ٣٨,١٠
كتابان	٣	٪ ١٤,٢٩
ثلاثة كتب	٢	٪ ٩,٥٢
المجموع	٢١	٪ ١٠٠

جدول رقم (٨)

توافر معلومات عن الكتب التى قراها كل مرشد (ن = ٢١)

مدى توافر المعلومات	التكرار	النسبة المئوية
توافر معلومات	٥	٢٣,٨١ ٪
عدم توافر معلومات	١٦	٧٦,١٩ ٪
المجموع	٢١	١٠٠ ٪

يكشف الجدولان السابقان معًا عن صورة تتسم بعدم الوضوح أو التحديد فهناك نسبة غير قليلة لا تتذكر عدد الكتب التى قرأتها حول موضوع المخدرات ، ونسبة أكبر ليس لديها معلومات عن الكتب التى قرأتها (كا٢ ٥,٧٦ وهى دالة عند ٠,٠٣) مما يوحى بأن القراءة فى هذا الموضوع كانت من النوع العابر أو غير القصدى أو مما يدخل فى دائرة الثقافة العامة . كذلك فإن نسبة الذين أدلوا بمعلومات محددة حول عدد الكتب أو توصيفها تعتبر قليلة ، والحد الأقصى لهذه الكتب هو ثلاثة كتب . وتكشف النظرة التفصيلية لأسماء بعض الكتب التى وردت فى الإجابات عن أنها ليست كتبًا علمية متخصصة وإنما هى كتب للثقافة العامة . مما يدعم مصداقية النتائج السابقة ويؤكد الحاجة الملحة إلى الإعداد المتخصص للمرشدين الطلابيين فى موضوع المخدرات .

واستكمالاً للصورة العامة حول الوضع الراهن للمرشدين الطلابيين وجهنا لهم سؤالا حول حضور دورات تدريبية للإرشاد الطلابى بصفة عامة فأجاب ٤٣ منهم (بنسبة ٧٦,٨ ٪) بنعم ، بينما أجاب ١٣ منهم (بنسبة ٢٣,٢ ٪) بلا وكانت قيمة كا٢ ١٦,٠٧ وهى دالة فيما وراء ٠,٠٠١ ومما لاشك فيه أن حضور الدورات التدريبية - بصفة عامة - أمر مهم لتجديد المعلومات والتزويد بالمستجدات العلمية والفنية فى المجال الإرشادى بصفة عامة والإرشاد الطلابى بصفة خاصة . ومما ينبغى أن نأخذه فى الاعتبار أن نسبة كبيرة من المرشدين المشتملين فى هذه الدراسة كانوا يحضرون بالفعل دورة تدريبية في الإرشاد النفسى .

ولما كان المقصود هنا هو الإعداد الخاص فى مجال المخدرات بشكل أساسى فقد وجهنا عددًا إضافيًا من الأسئلة حول حجم التمثيل الذى تحظى به المخدرات فى مثل هذه الدورات . وفى سؤال عن مدى اشتمال هذه الدورات على مقررات فى المخدرات ، أجاب ١٦,٢٨ ٪ من الذين حصلوا على هذه الدورات (٧ مرشدين) بأنها كانت تحتوى على مقررات فى المخدرات بينما أجاب ٨٣,٧٢ ٪ (٣٦ مرشدًا) بالنفى وكانت قيمة كا٢ ١٩,١١ وهى دالة فيما وراء ٠,٠٠١ وهو ما يؤكد أن هذه الدورات كانت عامة أكثر منها متخصصة ، وأن دور المرشدين الطلابيين فى مكافحة تعاطى المخدرات كموضوع متخصص لم يأخذ بعد حجمه الحقيقى . وعندما سُئل الذين أجابوا بنعم فى السؤال السابق (ن = ٧) عن مدى كفاية تلك المقررات أجاب ثلاثة منهم بنسبة ٤٢,٨٦ ٪ بنعم ، بينما أجاب ٤ منهم بنسبة ٥٧,١٤ ٪ بلا وهو ما يعكس فى شكله العام عدم الرضا عن تلك المقررات وما تقدمه من إسهام فى تكوين الخلفية العامة اللازمة للعمل فى مجال الإرشاد ، والتعامل مع الحالات المحتملة من التلاميذ الذين لديهم مشكلة تتعلق بتعاطى المخدرات ، وقد أجاب ٨٥,٧١ ٪ من العينة السابقة (٧ مرشدين) بأن تلك المقررات كانت تحتوى على أجزاء تتعلق بالوقاية من تعاطى المخدرات وهو مؤشر جيد ، حبذا لو تم هذا على نطاق واسع وبالنسبة لكل الدورات التى تقدم للمرشدين بشكل عام أو عن طريق عقد دورات خاصة فى موضوع المخدرات . وقد عبر ١٠٠٪ من المرشدين الطلابيين (ن = ٧) عن قناعتهم بأنهم كانوا فى أمس الحاجة إلى هذه المقررات التى تتعلق بموضوع المخدرات . وأقر ٧١,٤٣ ٪ (٥ مرشدين) بأنهم استفادوا منها فى عملهم كمرشدين بينما نفى ٢٠,٥٧ ٪ (مرشدان اثنان) هذه الاستفادة .

ولما كانت مجموعة الأسئلة الفرعية السابقة قاصرة على الذين أجابوا بالإيجاب على السؤال الرئيسى الخاص بحضور دورات فى الإرشاد النفسى فقد وجهنا سؤالاً آخر لجميع أفراد العينة عن مدى حاجة المرشد الطلابى لخلفية خاصة عن المخدرات وكانت نتيجة الإجابة كما يعبر عنها الجدول التالى :

جدول رقم (٩)

مدى حاجة المرشد الطلابى لخلفية عن المخدرات

فئات الإجابة	التكرار	النسبة المئوية ٪
نعم	٥١	٪٩١,٠٧
لا	٥	٪٨,٩٣
المجموع	٥٦	٪١٠٠

يتضح من الجدول أن الغالبية العظمى تعتقد أن المرشد الطلابى أصبح فى حاجة إلى خلفية علمية متخصصة عن المخدرات إما بسبب الشعور العام بخطورة هذه المشكلة وضرورة تكاتف الجهود فى مواجهتها ، أو بسبب مشكلات محددة واجهها بعض المرشدين أثناء عملهم .

إن جميع العاملين فى حقل المخدرات (أو الذين يتوقع أن يتعاملوا مع بعض مشكلاته) فى أى قناة من قنوات الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية يحتاجون إلى تلقى جرعات مختلفة فى طبيعتها ومتفاوتة فى أحجامها من التدريب. يستوى فى ذلك ضباط الشرطة ، والمحققون الجنائيون ، والأطباء ، والممرضون ، والأخصائيون النفسيون (أو المرشدون النفسيون) والأخصائيون الاجتماعيون ، والكيميائيون ، والتربويون ، وأخصائيو العلاج بالعمل ، وقادة الشباب فى النوادى الاجتماعية والرياضية ، والآباء والأمهات ، والدعاة الدينيون ، وبوجه عام كل من له صلة مهنية وكل من فرضت عليه الصلة لأسباب اجتماعية ، بمشكلة التعاطى والإدمان ، حتى تحت مظلة الهيئات غير الحكومية ، وجماعات الجهود التطوعية . وليس المطلوب فى هذا المجال هو استحداث مجموعات جديدة من المهنيين والمساعدين الفنيين المزودين بتخصصات ضيقة عن المخدرات والتعاطى والإدمان، ولكن المطلوب هو إضافة المعلومات والمهارات المتخصصة إلى رصيد أشخاص لديهم أصلاً تدريبهم الأساسى فى المجالات المهنية العريضة (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢م ، ٢٦٦ - ٢٦٧) .

وبعد هذه المقدمات الأولية فى تقييم حقيقة وضع المرشدين الطلابيين بدأت الأسئلة تتجه بشكل أكثر تحديدًا نحو موضوع الدراسة الرئيسى وهو موضوع الوقاية من تعاطى المخدرات . وقد سألنا المرشدين عن الاعتقاد فى إمكانية الوقاية من تعاطى المخدرات فأجاب ١٠٠ ٪ من العينة (ن = ٥٦) بالإيجاب ، فأعقبنا ذلك بسؤال عن المقترحات التى يرونها بخصوص تحقيق الوقاية من تعاطى المخدرات على المستوى العام فوردت نوعية كبيرة من الاقتراحات تم تصنيفها وترتيبها فى ضوء تكراراتها وهو ما يعرضه الجدول التالى :

جدول رقم (١٠)

المقترحات بشأن تحقيق الوقاية على المستوى العام (ن = ٥٦)

م	المقترحات	التكرار	النسبة المئوية ٪
١	لا توجد مقترحات محددة	١٢	٪ ٢١,٤
٢	تقوية الوازع الدينى وتكوين مفهوم إيجابى عن الحياة	١٢	٪ ٢١,٤
٣	استخدام وسائل الإعلام فى التوعية	١٠	٪ ١٧,٩
٤	عقد الندوات والدورات وتوزيع المنشورات	٧	٪ ١٢,٥
٥	تشديد العقوبة وتشجيع المكافحة	٤	٪ ٧,١
٦	التركيز على دور الأسرة	٣	٪ ٥,٤
٧	التعرف على حاجات الشباب ووقت الفراغ	٣	٪ ٥,٤
٨	تقليل العمالة الأجنبية ومراقبة المسافرين والداخلين	٢	٪ ٣,٦
٩	توفر الخدمات الإرشادية فى المدارس	٢	٪ ٣,٦
١٠	القضاء على البطالة	١	٪ ١,٨
	المجموع	٥٦	٪ ١٠٠

نلاحظ من الجدول السابق أن هناك نسبة غير قليلة لم تقدم مقترحات محددة أو ليس لديها تصور محدد عن الوسائل الممكنة لتحقيق الوقاية على المستوى العام رغم اعتقادها فى إمكانية الوقاية .

وقد ركزت نسبة مساوية للنسبة السابقة على ضرورة تقوية الوازع الديني وتكوين مفهوم إيجابى عن الحياة . ومما لاشك فيه أن الإيمان بالله ومراقبته عز وجل تمثل مدخلاً أساسيًا للوقاية ليس فقط من تعاطى المخدرات وإنما من

الوقوع فى كافة الشرور والآثام . ومن ثم ينبغى على الأسرة أن تربى أبناءها تربية دينية صحيحة منذ نعومة أظافرهم ، حتى يشبوا على ذلك ، مع غرس القيم النبيلة والفضائل فى نفوسهم .

وقد أشارت مجموعة أخرى إلى ضرورة عملية التوعية واقترحت لذلك مصدرين ، الأول وسائل الإعلام والثانى عقد الندوات والدورات وتوزيع المنشورات وقد ناقشنا مزايا ومثالب استخدام وسائل الإعلام فى التوعية بآثار المخدرات فى سياق سابق . أما الندوات فهى من أفضل الأساليب وأكثرها جدوى فى تحقيق الهدف المطلوب وهو خفض الإقبال على تعاطى المخدرات ما أمكن مع مراعاة عدة متغيرات هامة لزيادة فاعليتها ومنها حجم المجموعة الشبابية التى تحضر هذه الندوات ، والابتعاد عن أسلوب التخويف ، والاعتماد على الأحاديث العلمية الصادقة (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢م ، ص١٦٩ - ١٧٢).

ومن اللافت للنظر فى الجدول السابق أن نسبة ضئيلة (٣,٦٪) هى التى رأت أهمية توفير الخدمات الإرشادية فى المدارس كإحدى وسائل الوقاية وكان المتوقع أن تزيد نسبة المرشدين الذين يرون فى توفير الخدمة الإرشادية إحدى وسائل الوقاية . وبرغم ذلك فإن هذا مؤشر إيجابى لبداية الوعى بالدور الممكن للإرشاد النفسى والإرشاد الطلابى فى المساهمة فى الوقاية من تعاطى المخدرات . كما وردت بعض الإجابات الإيجابية الأخرى مثل التركيز على دور الأسرة ، والتعرف على حاجات الشباب ووقت الفراغ ، والقضاء على البطالة . وهناك بعض المقترحات التى يمكن أن تدخل فى باب مكافحة العرض كتشديد العقوبة (وهو أمر معمول به بالفعل فى المملكة العربية السعودية) وتقليل العمالة الأجنبية ، وهو من المقترحات التى نرى أن وزنها ضعيف (نسبة من ذكروه ٣,٦ ٪) لأن هناك مجتمعات مشابهة للمملكة العربية السعودية ، وليست بها عمالة أجنبية ، ومع ذلك تعانى من نفس المشكلات المتعلقة بالمخدرات .

بعد ذلك انتقلنا من العام إلى الخاص ، ومن إمكانية الوقاية من المخدرات بشكل عام إلى إمكانية قيام المرشد الطلابى بدور مؤثر فى الوقاية ، فأجاب ٥٠

مرشدًا (بنسبة ٨٧,٥ ٪) بالإيجاب بينما نفى ذلك المرشدين (بنسبة ١٢,٥ ٪) (كا^{٢} ٣٤,٥٧ وهى دالة عند ٠,٠٠١) ومعنى هذا أن الغالبية العظمى من عينة الدراسة ترى أن للمرشد الطلابى دورًا ممكنًا فى الوقاية من تعاطى المخدرات . وكان المنطقى بعد ذلك أن نستكشف ما إذا كان الاعتقاد يستند إلى رؤية واضحة لما ينبغى عمله من جانب المرشد الطلابى للمساهمة في هذا المجهود الوقائى . وقد أجاب ٣٧ مرشدًا (بنسبة ٧٥,٥١ ٪) بأن لديهم اقتراحات محددة لمثل هذا الدور ، بينما أفاد ١٣ مرشدًا (بنسبة ٢٦,٥٣ ٪) أن ليس لديهم تصور واضح لما ينبغى للمرشد القيام به .

ويوضح الجدول التالى المقترحات التى قدمها المرشدون .

جدول رقم (١١)

المقترحات الخاصة بدور المرشد الطلابى فى الوقاية (ن = ٣٧)

م	المقترحات	التكرار	النسبة المئوية ٪
١	عمل النشرات واللوحات وعقد اللقاءات	١٢	٣٢,٤٣ ٪
٢	دعوة أولياء الأمور ومناقشتهم	٤	١٠,٨١ ٪
٣	عمل مسرحيات وحفلات وعرض أفلام	٣	٨,١١ ٪
٤	ملاحظة الطلاب فى الفسح ووضع الجواسيس	٣	٨,١١ ٪
٥	وضع التشريعات التى تخول للمرشد الكشف عن المتعاطى	٢	٥,٤٢١ ٪
٦	تكوين الجماعات وتنظيم المسئوليات	١	٢,٧٠ ٪
٧	أخرى لا تدخل ضمن اختصاص المرشد (كتغيير المناهج)	١٢	٣٢,٤٣ ٪
	المجموع	٣٧	١٠٠ ٪

وإذا استبعدنا من الفئات السابقة المقترحات التى لا تنتمى لعمل المرشد كتغيير المناهج ووضع التشريعات التى تخول للمرشد الطلابى الكشف عن المتعاطين أو وضع الجواسيس ، سنجد أن هناك مقترحات إيجابية يمكن للمرشد القيام بها كعمل النشرات واللوحات وعقد اللقاءات وعمل المسرحيات وغيرها من الأنشطة الهادفة ، والمناقشة مع أولياء الأمور لكى يراقبوا سلوك أبنائهم من التلاميذ ، ورصد الأشخاص الذين يحتكون بهم ، سواء فى البيت أو النادى أو أى

سلوكية تلاحظ عليهم ، حتى يمكن التدخل فى الوقت المناسب .

ولما كان الاكتشاف المبكر للجماعات المعرضة Groups at risk يمثل أول مستويات الوقاية (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢م ، ص١٨٩ - ١٩٠) ، ولما كان هذا المستوى يتطلب من الأخصائى النفسى أو المرشد الطلابى أن يكون إيجابيًا ، وألا ينتظر حتى تقع المأساة وينخرط التلاميذ فى سلك الإدمان ، كان لابد من التعرف على ما إذا كان لدى المرشدين الطلابيين فكرة أو خلفية عن كيفية الاكتشاف المبكر للمتعاطين أو المعرضين للتعاطى أم لا؟ وقد وجهنا إليهم سؤالاً عن مدى الاعتقاد فى وجود وسائل للكشف المبكر عن المتعاطين . وقد أجاب ٣٢ منهم (بنسبة ٥٧,١٤ ٪) بالإيجاب ، بينما أجاب ٢٢ مرشدًا (بنسبة ٣٩,٢٩٪) بالنفى وامتنع اثنان عن الإدلاء برأيهما (بنسبة ٣,٥٨٪). والإجابات فى شكلها السلبى تكشف عن نقص فى معلومات المرشدين الطلابيين حول وسائل الكشف عن التعاطى الفعلى أو المحتمل وهو ما يدعو إلى ضرورة تزويدهم بهذه المعلومات ، ومع ذلك فهناك نسبة تتجاوز النصف أجابت بأن هذه الوسائل موجودة وأن الكشف عن المتعاطين الفعليين أو المحتملين ممكن . من ثم فقد سألنا هذه المجموعة الأخيرة (ن = ٣٢) عن ماهية هذه الوسائل كما يعرفونها أو يتصورونها . ويكشف الجدول التالى عن نتائج هذا التساؤل .

جدول رقم (١٢)

وسائل الكشف عن المتعاطين كما يراها المرشدون (ن = ٣٢)

م	المقترحات	التكرار	النسبة المئوية ٪
١	ملاحظة التغيرات فى سلوك الطالب ومظهره	١١	٣٤,٣٨ ٪
٢	الاستعانة بملاحظة الأسرة لابنها	٨	٢٥,٠٠ ٪
٣	إجراء التحاليل الطبية	٣	٩,٣٨ ٪
٤	تطبيق الاختبارات النفسية	١	٣,١٣ ٪
٥	ملاحظة التغيرات فى سلوك الطالب + الاستعانة بالأسرة	٢	٦,٢٥ ٪
٦	ملاحظة التغيرات فى سلوك الطالب + إجراء التحاليل الطبية	٤	١٢,٥ ٪
٧	لا توجد إجابة محددة	٣	٩,٣٨ ٪
	المجموع	٣٢	١٠٠ ٪

وتكشف الإجابة عن هذا السؤال عن وعى جديد بكيفية الكشف عن التعاطى حتى وإن كان يقتضى أن تتبني الدولة بكامل مؤسساتها سياسة وقائية جادة . ولعل أفضل الطرق هى الالتزام بضرورة الكشف عن حالات التعاطى بحيث يصبح هذا الإجراء ملزمًا فى مجالات بعينها ، كالتورط فى مخالفات المرور على الطرق السريعة ، وفى حالات القبض على الأشخاص (خاصة صغار السن) لارتكابهم جرائم النشل أو السرقة أو الضرب. وكذلك فى حالة الانضمام إلى النوادى والفرق الرياضية . ومع التسليم بأن الكثير من طرق إثبات وجود المخدرات فى الوسائل البيولوجية (كالدم مثلاً) لا تزال باهظة التكاليف ، فإن هذا لا ينفى وجود طرق منخفضة التكاليف ، وبالتالى لا يجوز التغاضى عن استخدامها . ومن أفضل الطرق كذلك الإفادة من العيادات الخارجية الملحقة بالمستشفيات العامة ، ومن عيادات الصحة المدرسية ، وعيادات طلبة الجامعات ، بحيث يصبح الكشف عن وجود حالة تعاطى المخدرات جزءًا لا يتجزأ من إجراءات الفحص الطبى العادى (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩٢م ، ص٢٠٩ - ٢١٠).

وبرغم أن الإجراءات السابقة هى جزء لا يتجزأ من العمل الوقائى فإن هناك هدفًا آخر لايقل أهمية عن سابقه وهو منع وقوع التعاطى أصلاً وبخاصة للأشخاص المحتمل وقوعهم فى هذا ، وقد كشفت البحوث التى أشرنا إليها سابقًا عن وجود نسبة لا بأس بها على استعدادها للإقدام على التعاطى تحت وطأة أخف المثيرات وزنًا . وبالتالى فإن الكشف عن هذه الفئة يمثل جزءا أساسيا فى عمل المرشد الطلابى وبالتالى فإن ملاحظة التغيرات فى سلوك الطالب ومظهره والاستعانة بملاحظات الأسرة من أهم الوسائل فى هذا الصدد . بينما يقتضى استخدام وسائل أخرى مقترحة كتطبيق الاختبارات النفسية مرحلة تالية من التقدم فى مجال عمل المرشد الطلابى ، لما تتطلبه هذه الاختبارات من مهارات التطبيق والتصحيح والتفسير ، وهى أكثر فائدة فى الكشف عن المتعاطين لفترات طويلة ، وتعد الملاحظة بديلاً مناسبًا فى المرحلة الحالية إذا أُحسن استخدامها .

وفى تحول آخر فى نوعية الأسئلة داخل الإطار العام للدراسة سألنا المرشدين الطلابيين عما إذا كانوا يعتقدون أن تعاطى المخدرات يمثل مشكلة بين

تلاميذ المدارس بصفة عامة ، فأجاب ٢٤ منهم (بنسبة ٤٢,٨٦ ٪) بالإيجاب بينما نفى ٣٢ مرشدًا (بنسبة ٥٧,١٤ ٪) أن يكون تعاطى المخدرات مشكلة بين تلاميذ المدارس ، ويمكن أن تعكس الإجابة عن هذا السؤال أحد أمرين : الأول هو نقص فى معلومات المرشدين ونقص فى قراءتهم ومتابعتهم للبحوث التى تتم فى هذا الصدد سواء على المستوى المحلى أو العربى أو العالمى . والثانى أن هناك بالفعل نقصًا فى المعلومات أو البيانات التى تنشر حول هذا الموضوع إما لعدم وجودها أصلاً أو لأنها لاتزال فى طور الإعداد . ولا نستطيع هنا أن نجزم بصحة أحد هذين الرأيين وخطأ الآخر والأقرب إلى الدقة - فى تصورنا - أن كليهما صحيح ومن هنا تبرز الحاجة إلى وجود مشروع بحثى وطنى على مستوى المملكة لتحديد صورة تقريبية لتوزيع انتشار تعاطى المخدرات بين التلاميذ من ناحية وإمداد المرشدين بمثل هذه المعلومات أو بالمتوفر منها من ناحية أخرى.

وترتيبًا على السؤال السابق سألنا المرشدين عما إذا كانوا صادفوا - أثناء عملهم بالإرشاد الطلابى - مشكلات تتعلق بتعاطى المخدرات فأجاب ١١ منهم (بنسبة ١٩,٦٤ ٪) بالإيجاب بينما نفى ذلك ٤٥ مرشدًا (بنسبة ٨٠,٣٦ ٪) . ولما سألنا المجموعة الأولى عن عدد الحالات التى صادفوها وجدنا أن عدد الحالات يتراوح بين حالة واحدة وست حالات على أقصى تقدير وكان إجمالى الحالات إحدى عشرة حالة ، وهو عدد ضئيل للغاية . وإذا كانت ضآلة العدد هنا تبعث الشعور بالاطمئنان ، إلا أنه لا ينبغى التقليل من شأن هذه الظاهرة ، لأنه لاتزال هناك صعوبات فى الكشف عن الأعداد الحقيقية للمتعاطين داخل المدارس ، وأيًا مًا كان الأمر ، فإن الحقيقة الهامة هنا أننا بحاجة إلى جهود المرشد الطلابى فى المدرسة للمساعدة فى اكتشاف المجموعات المعرضة للتعاطى أو المتعاطين فعلا قبل تفاقم الوضع . خاصة أن تصرف المرشدين الطلابيين حيال الحالات التى وقعت بين أيديهم لم يخرج كثيرًا عن إحالة الأمر إلى إدارة المدرسة لكى تتصرف .

وقد اختتمنا أسئلة هذا القسم من الدراسة بسؤال عما إذا كان المرشد الطلابى مؤهلاً بالفعل للإسهام فى جهود الوقاية فى الوقت الراهن ، وقد أجاب ٢٠

مرشدًا (بنسبة ٧١, ٣٥ ٪) بالإيجاب ، بينما أجاب ٣٦ مرشدًا (بنسبة ٢٩, ٦٤ ٪) بالنفى والملاحظة أن نسبة كبيرة (تجاوزت نصف العينة) لا ترى المرشد بوضعه الراهن يمكن أن يساهم فى الجهود الوقائية ومن ثم كان لابد من استكشاف أسباب هذا الاعتقاد لديهم فسألناهم عن أسبابه فأبدوا الأسباب التى يبينها الجدول التالى:

جدول رقم (١٣)

أسباب عجز المرشدين الطلابيين عن المساهمة فى الوقاية (ن = ٣٦)

م	فئات الإجابة	التكرار	النسبة المئوية ٪
١	عدم الإعداد أو التأهيل الكافى فى مجال المخدرات	١١	٣٠,٥٦ ٪
٢	عدم توافر الخبرة الكافية وعدم فهم المرشد لحقيقة دوره	٨	٢٢,٢٢ ٪
٣	عدم توافر الخبرة + عدم الإعداد الكافى	١٣	٣٦,١١ ٪
٤	عدم وجود مشكلة تعاطى المخدرات فى بعض المناطق	١	٢,٧٨ ٪
٥	عدم توافر الخبرة + الخوف من مشكلات مع الشرطة	١	٢,٧٨ ٪
٦	غير مبين	٢	٥,٥٦ ٪
	المجموع	٣٦	١٠٠ ٪

وإذا استبعدنا الأسباب ضعيفة الوزن كعدم وجود مشكلة تعاطى المخدرات فى بعض المناطق (لأن ذلك لا يقوم عليه دليل) والخوف من مشكلات مع الشرطة حيث إن الشرطة هى أحد أعمدة المكافحة وعليها دور كبير فى ذلك ، خاصة أن مشكلات التعاطى داخل المدارس - إذا وجدت - يفترض أنها لا تحول إلى الشرطة وإنما ترسل إلى أماكن العلاج بنص القانون (انظر عكاشة ، ١٩٩٢م ، ص٧٧٦) يتبقى لدينا سببان على جانب كبير من الأهمية وهما نقص الخبرة ، وعدم الإعداد والتأهيل الكافى للمرشد الطلابى فى مجال المخدرات بصفة عامة والوقاية بصفة خاصة .

تضفى التفسيرات السابقة نوعًا من المصداقية على إجابات المرشدين ، وعلى حقيقة وضعهم الراهن اتساقًا مع المقدمات التى سقناها فى بداية البحث ، وهى بمثابة دعوة صريحة من جانب المرشدين الطلابيين لإعادة تأهيلهم فى مجال

تعاطى المخدرات من أجل مشاركة فعالة فى الجهود المبذولة فى هذا المجال .

ونقترح هنا أن تكون هناك خطة لإعداد هؤلاء المرشين الطلابيين فى هذا الصدد ، وترتكز هذه الخطة على محورين أساسيين أولهما تنمية وصقل الاستعدادات التى توجد لدى المرشد الطلابى وتؤهله لهذا النوع من الأعمال ، والثانى هو التدريب والإعداد الذى ينبغى أن يشتمل على جوانب نظرية تتم فى الجامعات والأقسام المتخصصة ، وجوانب تطبيقية يتم بعضها فى الجامعات ويتم البعض الآخر فى المدارس تحت إشراف متخصصين فى هذا المجال وبعد الانتهاء من اكتساب هذه الجوانب يسمح للمرشد بمزاولة العمل بمفرده مع الإبقاء على قنوات الاتصال بينه وبين المتخصصين فى الجامعات ومراكز البحوث والمدارس مفتوحة . ويمكن الاسترشاد فى ذلك بالنموذج المقترح الذى سبق لنا تقديمه لإعداد الأخصائى النفسى الإكلينيكى (انظر : يوسف ، ١٩٩٤م ، ص٨٩ - ١٢٢) .

المستوى الثانى : النتائج الفارقة :

فى هذا المستوى اخترنا اثنين من المتغيرات التصنيفية التى رأينا أنه قد يكون لها أهمية خاصة فى عمل المرشد الطلابى وهما التخصص والخبرة الوظيفية وقد قسمنا العينة الكلية - على أساس المتغير الأول - إلى مجموعتين :

المجموعة الأولى من خريجى أقسام علم النفس (٣٢) مرشدًا ، والثانية من خريجى أقسام الاجتماع والخدمة الاجتماعية (٢٤) مرشدًا . أما بالنسبة للمتغير الثانى فقد انقسمت العينة الكلية إلى مجموعتين الأولى تتكون من ذوى الخبرة الوظيفية المرتفعة وهم الذين أمضوا فى العمل الإرشادى ست سنوات (متوسط فترة العمل الإرشادى فى العينة الكلية) فأكثر (١٨) مرشدًا ، والثانية ذوى الخبرة الوظيفية المنخفضة والذين أمضوا أقل من ست سنوات فى العمل الإرشادى (٣٨) مرشدًا .

وقد تمت المقارنة بين المجموعات الفرعية الناتجة عن التقسيمات السابقة بحساب اختبار « ت » t. test لدلالة الفروق بين المتوسطات بالنسبة لمقياس المعلومات حول المخدرات وبحساب النسبة الحرجة Critical Ratio لدلالة الفروق بين النسب لبقية أسئلة الاستبيان وفيما يلى عرض لنتائج هذا المستوى من النتائج:

(أ) المعلومات العامة حول المخدرات :

يوضح الجدول التالى نتائج حساب اختبار « ت » لدلالة الفروق بين المتوسطات فى المعلومات العامة حول المخدرات .

جدول رقم (١٤)

نتائج اختبار « ت » لمقياس المعلومات العامة حول المخدرات (ن = ٥٦)

المجموعات / المتغيرات	المجموعة الأولى			المجموعة الأولى			قيمة	الدلالة
	م	ع	ن	م	ع	ن	ت	
١ – نوع التخصص	١٥,٣٨	٤,٤٧	٣٢	١٥,٨٣	٤,٩٧	٢٤	٠,٣٦	غير دالة
٢– الخبرة الوظيفية	١٥,٧٦	٥,٦٧	١٨	٤,١٧	٤,١٧	٣٨	٠,١٠	غير دالة

يلاحظ من الجدول السابق أن الفروق بين المجموعات الفرعية لم تبلغ مستوى الدلالة الإحصائية سواء كان المتغير موضع المقارنة هو نوع التخصص أو الخبرة الوظيفية وذلك عند التعامل مع الدرجة الكلية للمعلومات . ويمكننا أن نتقدم خطوة أخرى فنتعامل مع الدرجات الفرعية وذلك بعد تقسيمها إلى ثلاثة مستويات كما فعلنا فى الجزء الأول ، وهى مرتفعة ، ومتوسطة ، ومنخفضة ، حتى يسهل التعامل معها ، ويوضح الجدول التالى نتائج هذه الخطوة .

جدول رقم (١٥)

نتائج حساب النسبة الحرجة بين مستويات الدرجات الفرعية

لمقياس المعلومات العامة حول المخدرات (ن = ٥٦)

فئات الدرجات	التخصص				النسبة الحرجة	الدلالة	الخبرة الوظيفية				النسبة الحرجة	الدلالة
	علم نفس (٣٢)		اجتماع وخدمة اجتماعية (٢٤)				مرتفعون		منخفضون			
	ك	٪	ك	٪			ك	٪	ك	٪		
مرتفعة	١٢	٣٧,٥	١١	٤٥,٨٣	٠,٦٣	غير دالة	٧	٣٨,٨٩	١٦	٤٢,١١	٠,٣٣	غير دالة
متوسطة	٥	١٥,٦٣	٧	٢٩,١٧	١,٢٢	غير دالة	٤	٢٢,٢٢	٨	٢١,٠٥	٠,١٠	غير دالة
منخفضة	١٥	٤٦,٨٨	٦	٢٥,٠٠	١,٦٧	غير دالة	٧	٣٨,٨٩	١٤	٣٦,٨٤	٠,١٥	غير دالة

يتضح من الجدول السابق كذلك أن الفروق بين المجموعات الفرعية فى مستويات الدرجات الفرعية لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية سواء كان المتغير موضع المقارنة هو نوع التخصص أو الخبرة الوظيفية . وسوف ننتقل لعرض أهم نتائج حساب النسب الحرجة لبقية الأسئلة الواردة فى أداة الدراسة والمتعلقة بموضوع الوقاية أساسًا .

(ب) الأسئلة التفصيلية حول موضوع الوقاية فى ضوء متغيرى نوع التخصص والخبرة الوظيفية :

بعد حساب النسبة الحرجة لدلالة الفروق بين النسب الحرجة بالنسبة لجميع الأسئلة المفتوحة والمغلقة الواردة بأداة الدراسة والتي تدور فى مجملها حول الوقاية من تعاطى المخدرات والدور الممكن والفعلى للمرشدين الطلابيين فى هذا الصدد ، تبين لنا أنه لا توجد فروق بين المجموعات الفرعية التى أُجريت المقارنات على أساسها وهى :-

١- متغير نوع التخصص (علم النفس فى مقابل الاجتماع والخدمة الاجتماعية)

٢- الخبرة الوظيفية (مرتفعو الخبرة فى مقابل منخفضى الخبرة) فى أى من أسئلة الدراسة أو التى يمكن أن نلخصها فيما يلى :

(أ) لا توجد فروق بين المجموعات الفرعية وبعضها البعض فى الإقرار بمدى كفاية المعلومات عن موضوع الإدمان وتعاطى المخدرات .

(ب) لا توجد فروق بين المجموعات الفرعية وبعضها البعض فى مصادر الحصول على تلك المعلومات .

(جـ) لا توجد فروق بين المجموعات الفرعية وبعضها البعض فى قراءة كتب علمية عن المخدرات . أو فى توافر معلومات عن تلك الكتب سواء بالنسبة لعددها أو لمؤلفيها أو لموضوعاتها.

(د) لا تختلف المجموعات الفرعية عن بعضها البعض فيما يتعلق بحضور الدورات التدريبية الخاصة بالعمل الإرشادى والطلابى ، وفى مدى اشتمالها على مقررات فى موضوع المخدرات وفى كفاية هذه المقررات وفيما إذا

كانت تنطوى على أجزاء تتعلق بالوقاية ، وشعور المرشدين الطلابيين على اختلاف تخصصاتهم وخبراتهم الوظيفية بحاجاتهم لمثل هذه المواد والاستفادة منها فى الممارسات العملية .

(هـ) اتفق المرشدون باختلاف تخصصاتهم وخبراتهم الوظيفية على أنهم بحاجة ماسة لخلفية متخصصة فى موضوع المخدرات ، بحيث لم تظهر بينهم أية فروق فى هذا ، كما اتفقوا جميعًا دون اختلافات على إمكانية الوقاية من المخدرات وعلى أن للمرشد الطلابى دورًا ممكنًا فى الوقاية من تعاطى المخدرات .

(و) لا توجد اختلافات بين المجموعات الفرعية فى اعتبار أن تعاطى المخدرات يمثل مشكلة بين تلاميذ المدارس .

(ز) اتفق المرشدون الطلابيون باختلاف تخصصاتهم وخبراتهم الوظيفية على أن المرشد الطلابى بوضعه الراهن ليس مؤهلاً للإسهام فى الجهود الوقائية كما اتفقوا على الأسباب التى تقف وراء هذا الاعتقاد كعدم التأهيل ونقص الخبرة .

وخلاصة ما سبق - إذن - أن نتائج هذا القسم لم تؤيد ما ذهبنا إليه من افتراض أن هناك فروقًا بين المرشدين (فى ضوء التخصص حول موضوع الوقاية من تعاطى المخدرات ، إضافة إلى المعلومات العامة حول المخدرات سواء على مستوى الدرجة الكلية أو على مستوى الدرجات الفرعية بعد إعادة تقسيمها ؛ هذا يعنى أن نوع التخصص (علم نفس فى مقابل الاجتماع والخدمة الاجتماعية) والخبرة الوظيفية (المرتفعة فى مقابل المنخفضة) ليس لهما تأثير فيما يتعلق بمعلومات المرشدين الطلابيين ودورهم الفعلى والممكن فى الوقاية من تعاطى المخدرات .

إن الأساس النظرى والعملى الذى يقف خلف افتراضنا السابق يتمثل فى معرفتنا بأن بعض أقسام علم النفس تدرس بعض المعلومات حول المخدرات فى مقررات مرحلة البكالوريوس (أو الليسانس) ومن ثم توقعنا أن تكون معلوماتهم حول

هذا الموضوع أوفر من زملائهم خريجى أقسام الاجتماع والخدمة الاجتماعية وهو ما لم يتحقق . وربما كان الأمر فى المملكة العربية السعودية مختلفًا بعض الشىء حيث تجد هذه المعلومات طريقها إلى الدارسين فى مراحل تعليمية لاحقة ، خاصة الدورات التدريبية التى تعقد للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ، ولكن الملاحظ أن غالبية الأخصائيين فى هذه الدورات هم من العاملين بوزارة الصحة ، وربما أن هذا الإجراء لم يتسع بما فيه من الكفاية لكى يشمل المرشدين الطلابيين الذين يعملون فى المدارس ، ورغم أن هذه الفئة الأخيرة تحصل أيضًا على دورات تدريبية أو دبلومات تأهيلية . فقد لاحظنا من نتائج المستوى الأول (المستوى الوصفى) أن ٨٣,٧٢ ٪ من المرشدين الذين حضروا دورات تدريبية أقروا بأنها لم تكن تحتوى على مقررات تدور حول المخدرات مما يؤكد أنها كانت دورات عامة أكثر منها تخصصية ، ومما يعكس أيضًا عدم كفاية الوعى بما تمثله المخدرات كمشكلة بين قطاع التلاميذ كما سبق أن بينا فى الفصل الأول .

أما فيما يتعلق بالخبرة الوظيفية ، فمن البديهى أن نتوقع حدوث تنامٍ فى المعلومات وزيادة فى الخبرة العلمية بمشكلة المخدرات وما يتصل بها بصفة عامة ، وبالوقاية منها بصفة خاصة ، لدى المرشدين الطلابيين كلما زادت سنوات خبرتهم وعملهم فى مجال الإرشاد الطلابى ومن ثم كان توقعنا بوجود فروق بين ذوى الخبرة الوظيفية المرتفعة وذوى الخبرة الوظيفية المنخفضة فيما يتعلق بالمعلومات حول المخدرات بصفة عامة وحول الوقاية منها بصفة خاصة ، وهو ما لم يتحقق أيضًا كما تبين من تحليلاتنا الإحصائية . وربما كان جزءًا من السبب يعود إلى أن المعلومات التى سألنا عنها كانت معلومات عامة أكثر منها معلومات متخصصة . خصوصًا أن المرشدين - وكما تبين من نتائج المستوى الأول - اعتمدوا فى استقاء معلوماتهم عن المخدرات على وسائل الإعلام ومثلت بالنسبة لهم المصدر الرئيسى، وهى مصادر متاحة للجميع بنفس القدر تقريبًا بغض النظر عن مدة الخبرة. وربما كان الأمر سيختلف لو أننا تعمقنا أكثر فى السؤال عن معلومات متخصصة ، وخبرات علمية ، يلزم لها مصادر خاصة كالاطلاع العلمى والخبرة العلمية، خاصة

أن نسبة كبيرة (٦٢,٥ ٪) من المرشدين الطلابيين بصفة عامة لم يقرأوا كتبًا علمية عن المخدرات .

ورغم أن الكثير من نتائج هذا المستوى جاء مخالفًا لتوقعاتنا ، إلا أن اختفاء الفروق أو بمعنى آخر الالتقاء حول الكثير من المسائل المتعلقة بالظاهرة موضوع الدراسة بين ذوى التخصصات المختلفة إلى حد ما (علم نفس/ اجتماع وخدمة اجتماعية) والخبرة الوظيفية المختلفة (مرتفعى الخبرة/منخفضى الخبرة) يعكس بصدق كثيرًا من الأمور بالغة الأهمية فى هذا الصدد .

إن هذا الالتقاء يعكس مدى نقص المعلومات لدى المرشدين الطلابيين بصفة عامة وحول الوقاية بصفة خاصة ، سواء كان دليلنا فى ذلك المقياس الكمى الموضوعى الذى وجهناه للمرشدين أو من خلال التقرير الذاتى Self report للمرشدين أنفسهم . إن هذا الوضع يفرض علينا ضرورة أخذ هذا الموضوع مأخذ الجد ، والعمل على نشر الثقافة المتخصصة فى مجال تعاطى المخدرات بين المرشدين الطلابيين للمشاركة فى مواجهة خفض الطلب على المخدرات (الوقاية) بين التلاميذ ، ويستوى فى ذلك خريجو علم النفس مع خريجى أقسام الاجتماع والخدمة الاجتماعية ، ويستوى فيه أيضًا ذوو الخبرة الوظيفية المرتفعة مع ذوى الخبرة الوظيفية المنخفضة . كذلك تفرض هذه النتائج علينا ضرورة عقد الدورات التدريبية المتخصصة فى مجال المخدرات - إضافة إلى الدورات العامة - باعتبارها مشكلة لا يمكن إنكارها ، وأن تعريفها كمشكلة يلتقى ويتطابق مع مفهوم المشكلة كما أوردناه فى الفصل الثانى . وعلينا أيضًا أن نحافظ على الانتظام فى إيقاع هذه الدورات وألا تقتصر على الخريجين حديثى العهد بالعمل فى مجال الإرشاد الطلابى ، مادام المرشدون الخبراء (ذوو الخبرة المرتفعة) لا يختلفون عن منخفضى الخبرة فى هذا الجانب التنشيطى . طالما أن الأقدمية فى وظيفة المرشد الطلابى لم تنعكس فى شكل تنامى المعلومات والخبرات حول موضوع المخدرات. ويمكننا القول بأن نسبة كبيرة من المرشدين الطلابيين لا يحاولون تجديد معلوماتهم بالقراءة المتخصصة ، أو بالمحافظة على قنوات الاتصال

بالجامعات ومراكز البحث العلمى مفتوحة باعتبارها المصادر الأكثر أهمية فى تعميق المعرفة حول المخدرات .

لقد تبين لنا من خلال استقراء بعض الإجابات التفصيلية التى أبداها المرشدون أن بعضهم لا يعتبر أن تعاطى المخدرات يمثل مشكلة بين تلاميذ المدارس. ولهذه النتيجة اثنان من التضمينات ، الأول هو تأكيد عدم الوعى بحقيقة المخدرات وما تمثله – كمشكلة – داخل قطاع التلاميذ لدى نسبة من المرشدين الطلابيين . والثانى أن طول فترة العمل بالإرشاد الطلابى لم تغير من اتجاهات هؤلاء المرشدين نحو هذه المشكلة ، وأنهم مازالوا يرونها لا تمثل مشكلة ذات أهمية بين التلاميذ ، وأنهم – أى المرشدين ذوى الخبرة الوظيفية المرتفعة – يستوون مع المرشدين حديثى العهد بالعمل الإرشادى (ذوى الخبرة المنخفضة).

إن اتفاق المرشدين الطلابيين على اختلاف تخصصاتهم وخبراتهم الوظيفية حول كون المرشد الطلابى بوضعه الراهن ليس مؤهلا للإسهام فى الجهود الوقائية واتفاقهم حول الأسباب المؤدية لذلك مثل عدم التأهيل الكافى ، ونقص الخبرة الوظيفية بموضوع المخدرات ، وعدم فهم المرشدين لحقيقة دورهم الإرشادى ، إضافة إلى اتفاقهم من حيث المبدأ على أنهم بحاجة ماسة لخلفية متخصصة فى موضوع المخدرات تؤهلهم للقيام بدورهم فى مواجهة الظاهرة علاجًا ووقاية ، كل هذا يعكس حقيقة موقف المرشدين الطلابيين من ناحية ، كما يعكس أيضًا صدق رغباتهم فى أن يعاد تأهيلهم وتزويدهم بالمعلومات والخبرات اللازمة لكى تكون مشكلة تعاطى المخدرات واحدة من بين المشكلات التي يمكنهم التصدى لها ضمن عملهم الإرشادى ولكى يساعدوا فى تحقيق الوقاية من المستويين الأول والثانى كما سبق وصفهما فى الفصل الثانى من ناحية ثانية .

لقد قدم المرشدون الطلابيون على اختلاف تخصصاتهم وخبراتهم الوظيفية صورة واقعية تتسم بدرجة كبيرة من الصدق عن موقفهم الراهن ودورهم الممكن والمستقبلى فيما يتعلق بتعاطى المخدرات والإدمان . ولم يتبق – إذن – سوى أن

نحول هذه الصورة إلى استفادة عملية يكون من شأنها تطوير الدور الإرشادى فى المدارس ، ومساعدة الجهات المعنية فى تطويق ظاهرة المخدرات وبالتالى فإن الإجراءات التى سنقترحها فى نهاية هذه الدراسة كتوصيات ينبغى تعميمها على كل من يضطلع بالعمل الإرشادى دون تمييز على أساس التخصص أو الخبرة الوظيفية أو غير ذلك من المتغيرات .



التوصيـــــات

التوصيات :

١ - إجراء دراسات انتشارية موسعة على مستوى المملكة العربية السعودية ودول الخليج العربية لكى تساعد فى رسم خريطة توزيع تعاطى المخدرات بأنواعها المختلفة بين قطاع التلاميذ خاصة فى المراحل المتوسطة والثانوية وكذلك طلاب الجامعة ، وتوفير قاعدة معلومات تفيد فى رسم البرامج الوقائية ، كما حدث فى مصر .

٢ - إجراء المزيد من الدراسات التى تشبه الدراسة الحالية على المستوى الوطنى للوقوف بدقة على مستوى المرشدين الطلابيين وخلفيتهم الثقافية والعلمية فيما يتعلق بظاهرة تعاطى المخدرات ومدى مقدرتهم على الإسهام فى جهود خفض الطلب أو الوقاية داخل قطاع التلاميذ .

٣ - لما كانت مشكلة تعاطى المخدرات تمثل واحدة من أكثر المشكلات تعقيدًا ولها أوجه متعددة ، كان من الضرورى إيجاد نوع من التنسيق بين مختلف الجهات المعنية بالظاهرة بما فيهم المرشدون الطلابيون كى تتكامل إجراءت المواجهة ، ولا يلقى بالعبء على جهة واحدة .

٤ - لما كانت مقولة « الوقاية خير من العلاج » تصدق على مجال تعاطى المخدرات بدرجة لا حدود لها ، كان من الضرورى أن تشكل جهود الوقاية حجر الزاوية فى إجراءات مواجهة تعاطى المخدرات ، وأن تشارك فى هذه الجهود كل الجهات المعنية بها تخطيطًا وتنفيذًا وأن تتم هذه الجهود فى حلقات متداخلة ومتتالية تبدأ من الحلقات الهشة ، أو الجماعات الأكثر تعرضًا لخطر التعاطى والإدمان ومنهم التلاميذ كما تبين من الدراسات الانتشارية التى سبقت الإشارة إليها فى مواضع سابقة من هذا الكتاب .

٥ - يمثل المرشدون الطلابيون قطاعًا مهمًا من القطاعات الاجتماعية التى نعول عليها فى مواجهة ظاهرة تعاطى المخدرات وبخاصة فى الجوانب الوقائية

نظرًا لأنهم يتعاملون مع قطاع عريض من قطاعات المجتمع الأكثر أهمية وهم التلاميذ لأنهم شباب الغد ورجاله . وفى ضوء نتائج الدراسة الحالية يبدو جليًا أنهم - أى المرشدين - بحاجة ماسة إلى إعادة التأهيل والتدريب فيما يتعلق بظاهرة تعاطى المخدرات على وجه الخصوص نظريًا (الإمداد بالمعلومات العلمية الصحيحة) وعلميًا (إكسابهم المهارات والأساليب اللازمة للمشاركة فى الاكتشاف المبكر والوقاية والعلاج والإرشاد والتوجيه).

٦ - فى ضوء التوصية السابقة يصبح من الضرورى عقد الدورات التدريبية المتخصصة وعلى نحو دورى لكل المرشدين الطلابيين خاصة العاملين فى المدارس المتوسطة والثانوية لإطلاعهم على الجديد فى مجال تعاطى المخدرات ومساعدتهم فى التصدى لهذه المشكلة داخل نطاق عملهم .

٧ - إكمالاً للتوصية السابقة ينبغى المحافظة على قنوات الاتصال بين المرشدين الطلابيين وبين مصادر المعلومات والخبرة فى المجتمع كالجامعات ومراكز البحث العلمى والجهات الأمنية وغيرها مفتوحة للاستفادة منها فى مجال إعداد البرامج الوقائية وتنفيذها داخل المدارس .



قائمة مراجع القسم الأول

المراجع العربية والأجنبية

أولاً : المراجع العربية :

١- **القرآن الكريم .**

٢- ابن منظور (أبى الفضل جمال الدين) (بدون) ، لسان العرب ، بيروت : دار صادر، المجلد الخامس عشر .

٣- الأصفهانى (أبى القاسم الحسين بن محمد) (١٩٦١)، **المفردات فى غريب القرآن** ، تحقيق وضبط محمد سيد كيلانى ، القاهرة : مطبعة مصطفى البابى الحلبى وأولاده .

٤- البنانى (أحمد محمد) (١٤١١هـ) **المخدرات ومنطلقات الأمر السامى، مجلد بحوث الندوة الشاملة لدراسة آثار صدور الأمر السامى بتوقيع عقوبة الإعدام على مهربى المخدرات** ، الرياض : الرئاسة العامة لرعاية الشباب ، الطبعة الثانية .

٥- التركى (سعود بن عبد العزيز) (١٤٠٩هـ) العوامل المؤدية إلى تعاطى المخدرات والمنظور الإسلامى لمواجهتها ، **مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية**، العدد الأول ، ص٤١٧-٤٧٢.

٦- التوثيق التربوى (١٤٠٢هـ) ، **التوجيه والإرشاد فى المملكة العربية السعودية** ، مركز المعلومات الإحصائية والتوثيق العربى ، العددان ٢٢ و ٢٣ .

٧- الجوير (إبراهيم بن مبارك) (١٤١١هـ) ، **المخدرات : المشكلة والعلاج، مجلد بحوث الندوة الشاملة لدراسة آثار صدور الأمر السامى بتوقيع عقوبة الإعدام على مهربى المخدرات** ، الرياض : الرئاسة العامة لرعاية الشباب ، الطبعة الثانية .

٨- الحقيل (سليمان عبد الرحمن) (١٤١٠هـ) **دليل المعلم إلى توعية الطلاب بأضرار الخمر والمخدرات** ، مطابع القوات المسلحة السعودية .

٩- الخطيب (جمال) (١٩٩٠م) **تعديل السلوك ، القوانين والإجراءات** ، الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية ، الطبعة الثانية .

١٠- الخليفة (عبد الله حسين) (١٤١٥هـ) ، **المحددات الاجتماعية لتوزيع الجريمة على أحياء مدينة الرياض** ، الكتاب السنوى لمركز أبحاث مكافحة الجريمة ، العدد الثانى ، ص٥٣ -١٤٦.

١١- الدمرداش (عادل) (١٩٨٢م) ، **الإدمان : مظاهره وعلاجه** ، الكويت : سلسلة عالم المعرفة ، العدد ٥٦.

١٢- الدويش (موسى سليمان) (١٤١١هـ)، **أثر المخدرات على الضرورات الخمس ، مجلد بحوث الندوة الشاملة لدراسة آثار صدور الأمر السامى بتوقيع عقوبة الإعدام على مهربى المخدرات** ، الرياض ، الرئاسة العامة لرعاية الشباب ، الطبعة الثانية .

١٣- الركبان (عبد الله العلى) (١٤١١هـ) ، **حكم المخدرات وعقوبتها فى الشريعة الإسلامية ، مجلد بحوث الندوة الشاملة لدراسة آثار صدور الأمر السامى بتوقيع عقوبة الإعدام على مهربى المخدرات** ، الرياض : الرئاسة العامة لرعاية الشباب ، الطبعة الثانية .

١٤- الزمخشرى (جار الله أبى القاسم) (١٩٨٤م) ، **أساس البلاغة** ، بيروت : دار بيروت للطباعة والنشر .

١٥- آل سعود (سيف الإسلام بن سعود بن عبد العزيز) (١٤٠٦هـ) **تعاطى المخدرات فى بعض دول مجلس التعاون الخليجى ، دراسة استطلاعية للعوامل المؤثرة فى زيادة تعاطيها وأساليب الوقاية والعلاج** ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة الملك سعود .

١٦- السعيد (أحمد عبد الله) (١٤١٠هـ) ، **دراسة نفسية لمتعاطى الحشيش بمنطقة الرياض** ، رئاسة الحرس الوطنى ، المهرجان الوطنى للتراث والثقافة .

١٧- الشرقاوى (مصطفى خليل) (بدون)، **علم الصحة النفسية** ، بيروت : دار النهضة العربية .
١٨- الشناوى (محمد محروس) (١٩٩٤م) **نظريات الإرشاد والعلاج النفسى** ، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
١٩- الصنيع (صالح إبراهيم) ، الصالح (عبد الرحمن محمد) (١٤١٠هـ) ، المقومات العلمية والأخلاقية السلوكية للمرشد الطلابى (منظور إسلامى) ، **الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية ، الكتاب السنوى الثانى** .
٢٠- الطحان (محمد خالد) (١٩٨٧م) ، **مبادئ الصحة النفسية** ، دبى : دار القلم.
٢١- العبد القادر (على عبد العزيز) (١٤١٢هـ) ماذا يمكن أن يفعله المربون لمكافحة المخدرات (دور الوازع الأخلاقى فى توجيه السلوك الإنسانى ، استراتيجية مقترحة للتطبيق فى مجال التربية والتعليم والإرشاد، **مجلة جامعة أم القرى للبحوث العلمية** ، العدد السادس ، ص١٨٥ - ٢٣٩.
٢٢- العبد القادر (على عبد العزيز) (١٤١٢هـ) ، دور الوازع الأخلاقى فى توجيه السلوك الإنسانى ، استراتيجية مقترحة للتطبيق فى مجال التربية والتعليم والإرشاد لمكافحة المخدرات **المجلة العربية للدراسات الأمنية**، العدد ١٣، ص٨٩ - ١٣٣ .
٢٣- العنقرى (سلطان عبد العزيز) (١٤١٤هـ) ، **الإدمان وجهود المملكة العربية السعودية فى علاج المدمنين ، الندوة السعودية الفرنسية الأولى للتعاون فى مجال مكافحة المخدرات** ، وزارة الداخلية السعودية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، ص ١٥ -٣٢.
٢٤- الفاضل (عمر محمد) (١٤١٤هـ) ، **دور مصلحة الجمارك فى مكافحة المخدرات** ، الندوة السعودية الفرنسية الأولى للتعاون فى مجال مكافحة المخدرات ، وزارة الداخلية السعودية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، ص١٢٥ -١٧٠.
٢٥- القبارى (أحمد شوقى) (١٩٨٤م) وآخرين ، **مشكلة تعاطى المخدرات : دراسة ميدانية** الدوحة : جامعة قطر .

٢٦- القرنى (بريك عايض) (١٤١١هـ) **المخدرات** ، تبوك : مطابع الشمال الكبرى.
٢٧- المحارب (ناصر إبراهيم) (١٤١٣هـ) ، التدريب على المهارات الشخصية والاجتماعية ، أسلوب تربوى للوقاية من تعاطى المخدرات **رسالة التربية وعلم النفس** ، العدد الثالث ، ص ٨٧-١١٧ .
٢٨- المغربى (سعد) (١٩٨٤م)، **ظاهرة تعاطى الحشيش : دراسة نفسية اجتماعية** ، بيروت : دار الراتب الجامعية ، الطبعة الثانية م.
٢٩- الهاشمى (عبد الحميد محمد) (١٤٠٦هـ)، **التوجيه والإرشاد النفسى (الصحة النفسية الوقائية)** ، جدة : دار الشروق .
٣٠- أوفيم (الوايز) (بدون)، **الشباب والمخدرات** ، ترجمة أشرف أنور ، مركز بحوث الشرطة ، وزارة الداخلية بجمهورية مصر العربية .
٣١- باترسون (س. هـ) (١٩٨١م)، **نظريات الإرشاد والعلاج النفسى**، ترجمة : حامد الفقى ، الكويت : دار القلم .
٣٢- تشايلد (دنيس) (١٩٨٣م) ، **علم النفس والمعلم**، ترجمة : عبد الحليم محمود السيد، زين العابدين درويش ، حسين الدرينى، مراجعة عبد العزيز القوصى ، القاهرة : مؤسسة الأهرام .
٣٣-ثابت (ناصر) (١٩٨٤م)، **المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات**، الكويت : مكتبة ذات السلاسل .
٣٤- خليل (رسمية على) (١٩٦٨م) ، **الإرشاد النفسى** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية ، ١٩٦٨م.
٣٥- ربيع (محمد شحاتة) ، يوسف (جمعة سيد)، عبد الله (معتز سيد) (١٩٩٥م)، **علم النفس الجنائى** ، القاهرة : مكتبة غريب.
٣٦- زهران (حامد عبد السلام) (١٩٨٠م) ، **التوجيه والإرشاد النفسى** ، القاهرة : عالم الكتب ، الطبعة الثانية .
٣٧- زيد (محمد إبراهيم) (١٤١١هـ) ، **الجوانب الاجتماعية والأمنية لمشكلة المخدرات ، فى : مجلد بحوث الندوة الشاملة لدراسة آثار صدور الأمر**

السامى بتوقيع عقوبة الإعدام على مهربى المخدرات ، الرياض : الرئاسة العامة لرعاية الشباب ، الطبعة الثانية .

٣٨- سليمان (شاكر عبد الحميد) (١٩٩٣م) ، **المخدرات وآثارها السيئة من الناحية العلمية** ، مكتب التربية العربى لدول الخليج .

٣٩- سليمان (عبد الله محمود) (١٩٨٦م)، الإرشاد النفسى : تطور مفهومه وتميزه ، **حوليات كلية الآداب** ، جامعة الكويت ، الرسالة الرابعة والثلاثون الحولية السابعة .

٤٠- سويف (مصطفى) (١٩٩٠م) ، **الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات ، خفض الطلب** القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٤١- سويف (مصطفى) وآخرون (١٩٨٧م) ، **المخدرات والشباب فى مصر : بحوث ميدانية فى مدى انتشار المواد المؤثرة فى الحالة النفسية داخل قطاع الطلاب** ، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٤٢- سويف (مصطفى) وآخرون (١٩٩٠م) ، **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب ، دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الثانى ، تدخين السجائر : مدى الانتشار وعوامله** ، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٤٣- سويف (مصطفى) وآخرون (١٩٩١م)، **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب ، دراسات ميدانية فى الواقع المصرى ، المجلد الثالث ، التعاطى غير الطبى للأدوية المؤثرة فى الأعصاب** ، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٤٤- سويف (مصطفى) وآخرون (١٩٩٢م) ، **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب ، دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الرابع ، تعاطى المخدرات الطبيعية** ، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٤٥- سويف (مصطفى) وآخرون (١٩٩٤م) ، **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب ، دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الخامس ، شرب الكحوليات** ، القاهر ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٤٦- شمس (محمد محمود) ، عقاد (عدنان عبد الحميد) (١٩٩٤) ، **تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية على معدلات الجريمة مع التركيز على السرقات ، دراسة كمية وكيفية**، الكتاب السنوى : مركز أبحاث مكافحة الجريمة ، العدد الثانى .

٤٧- عبد الباقى (محمد فؤاد) (١٩٤٥م)، **المعجم المفهرس لألفاظ القرآن الكريم**، بيروت : دار إحياء التراث العربى.

٤٨- عبد العال (حسين إبراهيم) (١٤٠٨هـ) ، التربية فى مواجهة ظاهرة المخدرات، **رسالة الخليج العربى** ، مكتب التربية العربى لدول الخليج، العدد ٢٥، ص٣١-٥٩.

٤٩- عكاشة (أحمد) (١٩٩٢م) ، **الطب النفسى المعاصر** ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

٥٠ - عيد (محمد فتحى) (١٩٩٢م)، **المخدرات : الأسباب، الصكوك والبشر**، الرياض: مركز أبحاث مكافحة الجريمة.

٥١- كولز (أ. م) (١٩٩٢م) ، **المدخل إلى علم النفس المرضى الإكلينيكى** ، ترجمة : عبد الغفار الدماطى ، ماجدة حامد ، حسن على حسن ، مراجعة : أحمد عبد الخالق ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

٥٢- لجنة المستشارين العلميين (١٩٩١م) ، **التقرير التمهيدى باقتراح استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان ، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان** ، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٥٣- لجنة المستشارين العلميين (١٩٩٢م) ، **استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان** ، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان ، التقرير النهائى ، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

٥٤- (لوكليرچيل) (١٩٩٤م) ، **التعاون الدولى فى مكافحة المخدرات ، الندوة السعودية الفرنسية الأولى للتعاون في مجال مكافحة المخدرات** ، وزارة الداخلية السعودية الإدارة العامة لمكافحة المخدرات ، ص٣٣ - ٥١ .

٥٥- مرسى (سيد عبدالحميد) (١٩٧٥م) **الإرشاد النفسى والتوجيه التربوى والمهنى**، القاهرة : مكتبة الخانجى .

٥٦- منصور (عبد المجيد سيد أحمد) (١٩٨٦م) ، **الإدمان، أسبابه ومظاهره والوقاية والعلاج** ، الرياض : العبيكان للطباعة والنشر .

٥٧- هيئة الصحة العالمية (١٩٨٥م) ، **دور الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى مؤسسات الصحة النفسية** : ترجمة : زين العابدين درويش ، فى : مصطفى سويف وآخرين : مرجع فى علم النفس الإكلينيكى، القاهرة : دار المعارف ، ص٥١-٦١.

٥٨- يوسف (جمعة سيد)(١٩٨٩م) ، دور الأخصائى النفسى فى علاج الإدمان بين الإمكانية والتحقيق ، **مجلة علم النفس** ، العدد ١٢، ص٦٥-٧١ .

٥٩- يوسف (جمعة سيد) (١٩٩٠م)، التوافق النفسى ،فى : عبد الحليم محمود السيد وآخرين : **علم النفس العام** ، القاهرة : مكتبة غريب، (الطبعة الثالثة)، ص٦٦٩-٧١٢.

٦٠- يوسف (جمعة سيد) (١٩٩٤م) ، **تدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين لمواجهة مشكلة تعاطى المخدرات** ، كتاب الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان ، القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٦١- يونس (فيصل) (١٩٩١م) ، بعض مصاحبات التجريب المتعدد للمواد النفسية، **المجلة الاجتماعية القومية** ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة : ص٤٧-٥٨.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

62- Davison, G C. & Neale, J, M. (1994) , **Abnormal Psychology**, New York: John Wiley & sons inc., 6 th (ed.),.

63- Jones, A., (1970) **Principles of guidance**, New York: Mc Graw Hill book comp. 6th. (ed.),.

64- Soueif, M.l. et al., (1982) The extent of nonmidical use of Psychoactive substances among secondary School students in greater cairo, **Drug & Alcohol Dependence,** "a" 9, 15-41.

65- Soueif, M.l. et al., (1986) The nonmidical use of psychoactive substances by male technical school students in greater cairo, **Drug & Alcohol Dependence,.** 18, 289-403.

66- Soueif, M.l. et al., (1988) The use of psychoactive substances among egyptian males working in manufacturing industries, **Drug & Alcohol Dependence,** 21, 217-229.

67- Soueif, M.l. et al., (1990) The use of psychoactive substances among egyptian males secondary school pupils: A nationwide representaive sample, **Drug & Alcohol Dependenc,** 26, 1, 63-80.

★ ★ ★

القسم الثانى
دراسات نظرية

الدراســـة الأولى*

دور الإخصائى النفسى فى علاج الإدمان

بين الإمكانية والتحقيق

---

* ورقة القيت فى المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان ١٩٨٨ ونشرت فى مجلة علم النفس ، العدد ، ١٢ ، ١٩٨٩ .

مقدمة

تزايد الاهتمام فى السنوات الأخيرة بمشكلة الادمان نظراً لاستفحالها ، وارتباطها بعدد من المشكلات الخطيرة والمدمرة ، لا للمدمن فحسب ، وإنما للمجتمع بأسره ، وقد أدى الاهتمام والبحث فى طرق السلوك الاعتمادى إلى ابتكار عدة أساليب علاجية ، ورغم أن بعض هذه الأساليب حصل على دعم امبيريقى يؤكد فعاليته ، فإن البعض الآخر مازال فى حاجة إلى مزيد من التقويم. ولأن الإدمان يمثل مشكلة متعددة الأبعاد ، فقد ظهرت الحاجة إلى تكامل عدد من الأساليب العلاجية لتقديم برامج شاملة . ورغم التحسن الملحوظ فى عائد هذه الأساليب ، فمازالت هناك بعض المشكلات المنهجية قائمة . ويدعو التزايد المطرد للمشكلات المرتبطة بالادمان إلى زيادة البرامج الوقائية بدرجاتها المختلفة . لأن البرامج العلاجية فى حد ذاتها ليست كافية لمواجهة الآثار الجسمية والنفسية المترتبة على الادمان .

وينبغى أن تتطور أهداف العلاج فى ضوء الفحص الشامل لجوانب حياة المدمن مثل خبراته الماضية ، وقدراته وامكاناته ، والاضطرابات الأخرى التى يعانى منها ، والخلفية الاجتماعية والثقافية له. على أن تشمل خطة العلاج، أهدافاً قصيرة المدى وأخرى طويلة المدى ، مع اختيار التكنيكات ذات الكفاءة العالية ، وأن تخضع هذه التكنيكات والخطط العلاجية للمراجعة والتجديد باستمرار. (Nirenberg, 1983)

الدور الممكن للاخصائى النفسى :

لا خلاف إذن على تفاقم المشكلات المرتبطة بالادمان ، وعلى ضرورة توفير عدد من الاجراءات العلاجية الحاسمة لمواجهة هذه الظاهرة . لكن التساؤل الذى

يتبادر إلى الذهن هو ؛ من المسئول عن العلاج ؟ وهل يستطيع أفراد آخرون ، غير الطبيب النفسى المساهمة فى هذا العلاج ؟ بمعنى أكثر تحديداً ، هل يستطيع الاخصائى النفسى الاكلينيكى الاسهام والمشاركة فى علاج الإدمان ، باعتباره عضواً ضمن فريق العمل فى مؤسسات الصحة النفسية ؟

قد يبدو هذا التساؤل ، من وجهة نظر البعض ، بسيطاً ، وربما ساذجاً وتبدو الاجابة عليه يسيرة . غير أنه يمكننا أن ننفى شبهة السذاجة عن تساؤلنا بالتفرقة بين الدور الممكن والدور الفعلى للاخصائى النفسى فى علاج الادمان .

ففى تقريرها المنشور عام ١٩٧٤، تشير هيئة الصحة العالمية WHO إلى أن هناك تنوعاً ملحوظا فى وظائف ومسئوليات الاخصائى النفسى الاكلينيكى داخل مؤسسات الصحة النفسية فى بلدان أوربا (وربما في مجتمعنا المصرى أيضا) يجعل من الصعب تحديد دوره بدقة ، وتكاد تكون السمة العامة الغالبة على عمله فى هذا المجال هى التقدير التشخيصى (تقرير هيئة الصحة العالمية ، ١٩٨٥) غير أن هناك دوراً محدداً للأخصائى النفسى الاكلينيكى بوصفه موجها طبيا Medical educator فى المجتمع وتتجسد أبعاد هذا الدور فى ضرورة تناوله لمجموعة المشكلات الصحية ذات الخلفية السيكولوجية مثل تعاطى المخدرات Drug abuse ، والأمراض التناسلية ، والجناح Delinquency ، والتخلف العقلى Mental retardation . كما أن هناك - أيضا - تزايدا فى السنوات الأخيرة فى أنواع العلاج التى يقدمها الاخصائى النفسى الاكلينيكى وفى مدى انتشارها ، ويمكن أن يرجع هذا جزئياً إلى التسهيلات الواسعة المقدمة من أجل العلاج.

ويشير التقرير الذى سلفت الاشارة إليه فى إحدى فقراته إلى دور الاخصائى النفسى فى العلاج ، وهو إقرار بهذا الدور وأهميته ، دون تحديد تفصيلى لما يفعله أو يمكن أن يفعله حقاً وينص التقرير على أن للاخصائى النفسى الاكلينيكى دوراً فى العلاج تزداد أهميته وتتعدد جوانبه مع الأيام . ومع ذلك فإن تزايد فرص العلاج لا يمكن أن تقدم غير حل جزئى لمشكلة تلبية حاجات المجتمع على المدى البعيد ،

إذا لم يوضع فى الاعتبار اتخاذ التدابير الاجتماعية الملائمة . وهناك ميل فى بعض البلدان لأن يضطلع الاخصائيون النفسيون بأعباء العمل الاستشارى والوقائى، وأن ينهضوا بمهام اكتشاف الحالات المبكرة من الاضطرابات .

وقد لاحظت مجموعة عمل هيئة الصحة العالمية التشعب بين الأخصائيين النفسيين فى ممارسة جانب العلاج فى العمل الاكلينيكي ، ويتجلى هذا التشعب فى وجود فريق يزاول العلاج النفسى الفردى ، والعلاج النفسى الجماعى ويستخدم المناهج الدينامية ويعتقد بأهمية تعديل الشخصية ، وفريق آخر يضم من يفضلون العلاج السلوكى أو غيره من مناحى تعديل السلوك Behavior modification الأخرى ، ويستخدمون أساليب متنوعة تقوم أساساً على نظرية التعلم الكلاسيكية ، ويبدو أن هناك تحولاً عن « المنحى البيولوجى إلى المنحى النفسى - الاجتماعى » وهذا التحول لا ينعكس أثره على معالجة المريض خارج المستشفى فحسب بل ينعكس أثره أيضا على ما تقدمه المؤسسات العلاجية لما يعرف باسم العلاج البيئى الذى يشمل المحيطين بالمريض من المرضى الزملاء والممرضين وبقية أعضاء هيئة التمريض (المرجع السابق) . غير أننا نود أن نسجل - قبل الدخول فى تفاصيل ما يمكن للاخصائى النفسى الاضطلاع به فى علاج الادمان - عدداً من الحقائق التى نعتقد أن لها ارتباطاً بما سبق من حديث ، ولها أيضا وقعها ودلالتها على ما سيأتى وهى :

١ - أصبح هناك نوع من الاتفاق على أن الادمان نوع من المرض النفسى، وأن مقاومته وعلاجه ينبغى أن يخضع لهذا التصور ، وأن الادمان والمرض النفسى على علاقة وثيقة ببعضهما البعض (شاهين ، ١٩٨٥).

وقد نص القانون ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ على أن مدمنى المخدرات الذين يتطوعون بتقديم أنفسهم للعلاج لا تتم محاكمتهم قضائيا . بل إن القانون يعتمد بالإضافة إلى ذلك - بأن المحكمة تستطيع فى بعض الحالات أن تأمر بإيداع المتهم المطلوب بتهمة تعاطى المخدرات ، فى مصحة للعلاج بدلا من ادخاله السجن (Soueif, 1982. Memeographed).

٢ – تقتضى عملية العلاج من الادمان المرور بثلاث مراحل – على الأقل – هى :

أ – مرحلة علاج طبى قصير المدى فى المرحلة الحادة وذلك لتخليص الجسم من سموم المخدرات .

ب – العلاج النفسى والاجتماعى لحالة الاعتماد (الادمان) لمساعدة المدمن على تغيير عاداته وأسلوب حياته للحيلولة بينه وبين الانتكاس .

ج – التأهيل واعادة الادماج الاجتماعى للفرد (ويظهر دور الاخصائى النفسى فى هاتين المرحلتين الأخيرتين جليا).

٣ – إن علاج الأمراض النفسية بوجه عام والادمان بوجه خاص يقتضى التعاون بين أفراد فريق عمل يضم الطبيب النفسى ، والاخصائى النفسى الاكلينيكى ، والاخصائى الاجتماعى ، وبعض الخدمات المعاونة الأخرى ، يؤدى كل فرد دوره ويخدم تخصص زميله ويحترم وضعه المهنى ولا يتدخل أى منهم فى عمل الآخر . بل ينبغى التعاون بينهم للوصول بالمريض أو المدمن إلى حالة أفضل (عكاشة ١٩٨٧) . وبسبب تعدد العوامل المؤدية إلى الأمراض والاضطرابات النفسية وتشابكها ، فإن عمل الاخصائى النفسى الاكلينيكى سيكون أكثر فعالية إذا تعاون مع غيره من المتخصصين فى فروع العلم الأخرى .

٤ – برغم أن هناك جدلا قد ينشأ حول امكانية مساهمة الاخصائى النفسى فى علاج الادمان ، فإنه لا جدال حول دوره الحيوى فى العمل الوقائى بصفة عامة ، وفى الوقاية من ظاهرة ادمان المخدرات بصفة خاصة . ويشير تقرير هيئة الصحة العالمية الذى أسلفنا الاشارة إليه إلى أن الاخصائى النفسى الاكلينيكى سوف يقوم بدور أكثر فعالية فى المستقبل بالنسبة للوقاية . ففيما يختص بالوقاية من المستوى الأول سوف يكون عليه عبء القيام بمهمة صعبة هى تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف فى المؤسسات الاجتماعية بالطريقة التى تصبح معها الاصابات الاجتماعية والنفسية أقل ما تكون (أى منع حدوث الادمان). وفيما يتعلق بالوقاية من الدرجة الثانية فإن مهمة الاخصائى النفسى الاكلينيكى تشمل اكتشاف المجموعات البشرية المعرضة للادمان (الجماعات الهشة) والبحث عن الأسر

والأفراد المحتاجين للعون قبل أن تؤدى بهم الضغوط التى يتعرضون لها للوقوع فى الادمان حيث تبين من سلسلة الدراسات الوبائية التى أجراها سويف وآخرون على قطاعات مختلفة من الطلاب ، أن عدداً من جمهور هذه البحوث الذين لم يسبق لهم تجربة أى من المواد النفسية سواء عقاقير مخلّقة أو مخدرات طبيعية أو كحوليات ، على استعداد للاقدام على تعاطيها إذا ما تعرضوا لمواقف مشقة مثل الآلام الجسمية أو الظروف النفسية (See: Soueif et al., 1982 a & b. 1986) أما الوقاية من الدرجة الثالثة ، فيعمل فيها الاخصائى النفسى على توقى الانتكاس والحيلولة دون الرجوع للادمان ، وتقليل دواعى البقاء بالمستشفى لوقت طويل .

من حديثنا السابق نستطيع أن نخلص إلى أن الاجابة على تساؤلنا الذى أثرناه فى البداية هى بالايجاب ، أى أن للاخصائى النفسى دوراً فى علاج الادمان . غير أن هذا الدور مازال - على الأقل فى مجتمعنا المصرى - فى طور الامكانية ولم يتبلور بعد ليصبح واقعا على مستوى الممارسة ، وفيما يلى سوف نشير إلى عدد من التكنيكات والاجراءات التى يمكن للاخصائى النفسى القيام بها للمساهمة فى علاج الادمان وذلك بناء على عدد كبير من الدراسات الامبيريقية . لكننا لن ندخل فى تفاصيل كيفية تنفيذ هذه التكنيكات ، فهذا البحث الموجز ليس المكان المناسب لذلك .

الأساليب العلاجية المقترحة :

إن العلاج السلوكى للادمان قد تبلور فى عدد من استراتيجيات العلاج متعددة الأبعاد برغم أن البعض مازال ينظر إليه على أنه قاصر على العلاج بالتنفير وتعديل السلوك . وقد استخدمت الأساليب السلوكية لتعديل أشكال السلوك التى تعجل بالادمان والمشكلات المرتبطة به ، واحلال أنماط سلوكية بديلة ، وتعديل الاستجابات التى من شأنها تدعيم التعاطى . ومن هذه الأساليب .

١ - التدريب على المهارات الاجتماعية : Social Skills Training

تشير الدراسات التى أجريت فى هذا الصدد إلى أن الزيادة فى التعاطى تحدث فى المواقف التى تستثير سلوكيات تفاعلية معينة ، وكذلك المواقف التى تتضمن مشقة Stress ، وصراع لعب الأدوار ومرحلة المراهقة التى تتميز باضطراب فى المهارات الاجتماعية . وتبين أيضا أن مدمنى المخدرات يتميزون بصفة عامة- بما يلى :

أ - لديهم نقص أو خلل فى المهارات الاجتماعية وبالتالى فهم لا يحصلون على تدعيم اجتماعى مناسب .

ب - يزداد التعاطى لديهم فى مواقف التفاعل التى لا يستطيعون مواجهتها بكفاءة .

ج - يغيرون أنماط السلوك التفاعلى دائماً (أى أنهم غير مستقرين على أنماط بعينها) .

ويستطيع الاخصائى النفسى تطبيق بعض ما توصى به الدراسات من التركيز على تدريب المدمنين على السلوك التوكيدى Assertive behavior أى سلوك الثقة بالنفس ، لتعليمهم الدفاع عن حقوقهم ، ونقل مشاعرهم للآخرين ومواجهة مشكلاتهم ، للحصول على أقصى قدر من التدعيم . ويتكون التدريب عادة من : التعليمات العلاجية ، المحاكاة (الاقتداء) Modeling، لعب الدور Role Playing العائد الحيوى Feedback (أو المردود) . وذلك لمساعدتهم على رفض العودة للتعاطى تحت ضغط المواقف الاجتماعية وللحيولة دون الانتكاس وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن المدمنين الذين تلقوا تدريبا على أنماط السلوك التوكيدى، ظهرت لديهم معدلات تحسن مرتفعة من حيث الاقلاع عن التعاطى .

٢ - تنمية مهارات حل المشكلات :

دفعت المشكلات المرتبطة بالتعاطى بعض الباحثين لتحويل التدريب على حل المشكلات إلى برامج علاجية. ويتضمن التدريب على حل المشكلات كما صاغه ديذيوريلا وجولد فريد (D'zurilla & Goldfried, 1971) ، تنمية التوجه العام

General orientation، والقدرة على تحديد المشكلات وصياغتها بوضوح والتدريب على وضع بدائل الحلول الممكنة ، والشجاعة فى اتخاذ القرار واختيار الحلول ، والتحقق من ملاءمة الاختيارات . وقد أوضحت بعض الدراسات التى استخدمت هذا الأسلوب على متعاطى الكحوليات أن أداء المفحوصين على مهام حل المشكلات تحسن بعد هذا التدريب .

وعليه يمكن للاخصائى النفسى المدرب أن يمارس هذا الأسلوب العلاجى مع المدمنين فى المرحلة التالية لازالة التسمم Detoxifiation أثناء العلاج النفسى والتأهيل الاجتماعى.

٣ -المهارات المهنية والعلاج بالعمل

لعل أحد الآثار المدمرة للادمان هى ما تسببه للمدمن من مشكلات فى العمل تتراوح بين التغيب ، والتشاجر ، والتعرض للحوادث ثم الطرد والفصل. وذلك لأن الانتاجية والمركز المهنى للشخص من الجوانب التى يعتمد عليها فى تقويمه. ويواجه المدمنون مشكلات كثيرة بعد المرحلة الأولى من العلاج (ووصمة العار التي تلحق بهم) مثل تعذر العودة للعمل أو الازدراء والتجنب من الزملاء فيميلون إلى الانسحاب وربما العودة إلى التعاطى . لذلك يقع عبء إعادة التأهيل والإدماج الاجتماعى للمدمن على عاتق الاخصائى النفسى والاخصائى الاجتماعى ، ويستطيع الاخصائى النفسى بالتعاون مع بقية أعضاء الفريق القيام بوضع برامج تأهيلية والتدريب على مهن أو أعمال تتفق وظروف المدمن لتجنيبه مواقف المشقة التى قد تدفعه للانتكاس بالاضافة إلى الارشاد والتوجيه المهنى . وقد طبقت هذه الأساليب فى الخارج وجاءت بنتائج طيبة (See Neirenberg, 1983).

٤ -التشريط التنفيرى aversive conditioning (العلاج بالتنفير) :

يعتبر هذا الأسلوب من أساليب العلاج السلوكى الشائعة . ويتم بطرق مختلفة مثل استخدام صدمات الكهرباء ، أو اعطاء عقاقير ذات آثار جانبية منفردة كالقئ والغثيان والشلل المؤقت، وتتم المزاوجة بين الآثار المباشرة للتعاطى والآثار المنفّرة

لهذه المواد ، ويعتبر التشريط التنفيرى من الطرق الناجحة إذا تزامن مع تدعيم مناسب لأنماط السلوك غير الاعتمادى . غير أن المهم ليس هو استبعاد استجابات سلوكية قديمة لمواقف معينة ، وإنما الأهم من ذلك هو تقديم وتدعيم استجابات سلوكية بديلة لنفس هذه المواقف . ويستطيع الاخصائى النفسى المدرب تقديم برامج لتزويد الفرد بطرق جديدة للتعامل مع المشقة ، ووسائل جديدة للتعامل الاجتماعى الكفء ، وأساليب جديدة لتحسين ظروف الحياة (Marlott & Rose, 1980).

٥ - الاسترخاء العضلى العميق Deep Muscle Relaxation :

لقى التدريب على الاسترخاء مزيداً من الاهتمام من أجل توظيفه فى علاج ادمان المخدرات. حيث تبين من عدة دراسات أن التمرين على الاسترخاء العضلى العميق يعد مكوناً علاجياً هاماً بالنسبة لمتعاطى المخدرات ، ويساعدهم فى الاقلاع عن التعاطى وهناك عدة أشكال من الاسترخاء يمكن للاخصائى النفسى تدريب المدمنين على ممارستها وهى :

(أ) التفكير التأملى مع التكرار الصوتى المنخفض لكلمة أو عبارة معينة ، والاحتفاظ بالجسم فى حالة استرخاء .

(ب) الاسترخاء التدريجى العميق للعضلات .

(جـ) قراءة مواد ممتعة تساعد على الاسترخاء.

وقد تبين من عدة دراسات أن هذه الاجراءات تؤدى إلى نتائج جيدة مع مدمنى المخدرات إذا أحسن تنفيذها .

٦ - الرعاية الذاتية Self management :

مضمون هذا الاسلوب هو تدريب الأفراد على تولى علاجهم فى المراحل الأخيرة بأنفسهم. حيث يتم تدريبهم على تحليل أنماطهم السلوكية، وتحديد الأهداف من هذه الانماط السلوكية ، وإعادة ترتيب محددات السلوك الواقعية ، ثم التعامل الجيد مع مترتبات استجاباتهم . وينبغى أن يكون الشخص (المدمن) هو المسئول الرئيسى عن توجيه ، وارشاد ، وتنظيم ملامح سلوكه التى تقوده إلى نتائج

إيجابية مرجوة ، وعلى الاخصائى النفسى، وبقية أفراد الفريق العلاجى مهمة تدعيم المدمن على التغييرات الجوهرية التي يستطيع إحداثها بنفسه فى مجرى حياته والتى لها تأثير فى شفائه .

٧ - تغيير الاتجاهات وتعديل السلوك :

أجريت دراسات كثيرة حول تغيير الاتجاهات وتعديل السلوك ، نحو بعض المواد النفسية المؤثرة فى الاعصاب خاصة السجائر . ويستطيع الاخصائى النفسى اعتماداً على نتائج تلك الدراسات تصميم برامج لتغيير الاتجاهات الايجابية نحو هذه المواد وذلك باستخدام المحاضرات والافلام وكافة وسائل التخاطب ، بل أنه يمكن الامتداد بهذه البرامج لتغيير اتجاهات الجماعات الهشةRisk Groups لتحصينهم ضد الوقوع فى براثن الادمان (See : Raw, 1980) على أن يراعى عند تصميم هذه البرامج ، نوع الجمهور وخصائصه ، وكذلك نوع المادة النفسية التى يراد تعديل الاتجاه نحوها..

٨ - العلاج النفسىPsychotherapy :

هناك أساليب تقليدية مستقرة من العلاج النفسى ، تمارس على نطاق غير ضيق فى الولايات المتحدة وبعض البلدان الاوربية . ويستطيع الاخصائى النفسى ممارسة العلاج النفسى الفردى أو العلاج النفسى الجماعى (بالاشتراك والتعاون مع أعضاء الفريق) مع المدمنين . وتتوقف نتائج هذا العلاج على مدى إتقانه ودقة تنفيذه . وقد تمت محاولة لتجربة ما يشبه العلاج النفسى الجماعى مع بعض مدمنى الافيون فى مصر (تحت اشراف د. جمال أبو العزائم) وضم الفريق طبيباً نفسياً وإخصائياً اجتماعياً ، وواعظاً دينياً ، وليس هناك تقييم واضح لنتائج هذه التجربة (إلى أن قربنا من التجربة أثناء تنفيذها يملى علينا بعض التحفظات تجاهها) (See : Soueif, 1982, memeographed).

وعلى أية حال فإن العلاج النفسى فى علاج الادمان خاصة فى مرحلة ما بعد إزالة التسمم يعد مفيداً إذا وجد من يجيد تنفيذه ، وبشرط اختيار الاساليب الملائمة لذلك .

بالاضافة إلى كل ما تقدم هناك ما يمكن أن نطلق عليه برامج العلاج الشامل. حيث يتم دمج أنواع مختلفة من تكنيكات العلاج التي سبقت الاشارة إليها وغيرها مما لم نذكره هنا . باعتبار أن تعاطى المخدرات مشكلة معقدة ومتعددة الأبعاد . لذا فإن برامج العلاج الشامل قد تؤدى إلى تحسين كفاءة العلاج . وقد أشارت دراسة رائدة (Sobell & Sobell, 1973) لتقويم فاعلية العلاج السلوكى للأفراد والذى شمل .

١- تحليل وظيفى لسلوك كل مدمن لفحص المحددات الموقفية .

٢- شرائط فيديو توضح المجابهة الذاتية لسلوك التعاطى.

٣- التدريب على حل المشكلات .

٤- التدريب على السلوك التوكيدى.

٥- التشريط التنفيرى .

وكشفت المتابعة التى استمرت ثلاثة أعوام عن تحسن ملحوظ لدى المدمنين الذين طبقت عليهم هذه الأساليب بالمقارنة بالافراد والمجموعات الضابطة والذين عولجوا بأحد هذه التكنيكات دون تخطيط مسبق . ويمكن للاخصائى النفسى تطبيق هذه الأساليب فى علاج الادمان بعد التدريب الجيد عليها .

بعض التوصيات المقترحة لتطوير دور الاخصائى النفسى :

هناك عدد من الاقتراحات والتوصيات التى من شأنها إذا نفذت بالفعل نقل هذا الدور من مجرد الامكانية إلى التحقيق الفعلى ومنها :

أولاً :

تحسين الوضع الراهن لأسلوب علاج الادمان فى مجتمعنا المصرى. ونقصد بهذا المؤسسات التابعة للدولة والتى تتولى علاج غير القادرين . أما العيادات الخاصة والجمعيات الأهلية مثل نوادى الدفاع الاجتماعى (١٤ ناديا) والجمعية المركزية (٨ فروع) وبعض عيادات التأمين الصحى ، والصحة المدرسية (من خلال شاهين ، ١٩٨٥) فمعظمها يعمل بنظام العيادة الخارجية وهو نظام لا يجدى - فى نظرنا - فى علاج الادمان خاصة فى المراحل الأولى .

وبالنظر إلى المؤسسات الحكومية التى تقوم بمهمة علاج الادمان فهى عبارة عن وحدة علاج المدمنين بمستشفى الخانكة ، ودار الاستشفاء للصحة النفسية بالعباسية وفيها يعامل الادمان كأحد الامراض التى يواجهها الطبيب ولا تعتبر مشكلة قائمة بذاتها (المرجع السابق) .

وبرغم وجود الاخصائى النفسى فى الاقسام التى أشرنا إليها (الأقسام الحكومية) فإنه عاجز عن تقديم خدمة علاجية حقيقية ، ويرتبط هذا العجز بنقص تدريبه أولاً ، وبعجز المؤسسة ذاتها ثانياً. فالحاق أقسام علاج الادمان بمستشفيات الأمراض العقلية كونت اتجاهاً سلبياً نحو هذه الاماكن من قبل جمهور المدمنين خوفاً من الوصمة التى تلحق بمن يدخل هذه الاماكن . ولما كان هذا الاجراء فى بدايته اجراء مؤقتاً من جانب الهيئات الصحية ، فقد كان ذلك كافياً لتأجيل التخطيط لتقديم برامج تدريبية لمن سيتولون مهمة علاج الادمان . ولأسباب عديدة تحول هذا الاجراء المؤقت ليصبح إجراء مستديماً . وبقى المضمون الحقيقى للخدمة النفسية كما هو لم يتغير ليواكب الخدمة الجديدة باستثناء بعض الاجراءات لازالة التسمم (Soueif, 1982, memeographed) وبالتالى فنحن فى حاجة إلى ثورة حقيقية لتغيير أساليب علاج الادمان ، مما يتبعه بالضرورة تغيُّر فى الدور الذى ينبغى أن يؤديه الاخصائى النفسى.

ثانياً :

ينبغى العناية الشديدة بتدريب الاخصائيين النفسيين الاكلينيكيين نظرياً وعملياً فى موضوع المخدرات بصفة عامة لتحصيل معلومات عن تاريخ المخدرات وانتشارها وأنواعها وكيفية الوقاية منها وعلاجها .. الخ ، ليكونوا قادرين على الافادة فى مجالات التشخيص العلاجى والبحث . ويترتب على ذلك عدد من الاجراءات الهامة هى :

١- زيادة التدريب الاكلينيكى كمًا (عدد السنوات) وكيفا (المواد التى تدرس).

٢- [illegible] برامج الدراسة مرنة وانتقائية .

٣ – أن يكون التدريب متوازناً وكافياً لمواجهة الحاجة إلى العلاج النفسى والتأهيل الاجتماعى .

٤ – التوسع فى المنح الدراسية لمعاهد ومراكز العلاج النفسى والسلوكى وكذلك مراكز علاج الادمان فى الخارج .

٥ – عقد دورات تدريبية فى علاج الادمان بشكل دورى.

٦ – ألا يعمل فى مجال الادمان إلا من حصل على دراسات عليا تخصصية فى هذا المجال (ويمكن الاسترشاد فى هذا بالتقرير الذى أعدته اللجنة المشكَّلة من قبل جمعية علم النفس الامريكية APA فى مارس ١٩٧٤) (انظر سويف ، ١٩٨٥).

على أن يعتبر كل ذلك بمثابة خطوة تمهيدية للانتقال إلى إعداد أخصائى نفسى إكلينيكى متخصص فى مجال الادمان

ثالثاً :

تحقيق رغبة الاخصائيين النفسيين فى الحصول على الاعتراف المهنى الذى يتحقق معه ارتفاع مركزهم من مجرد مساعدين للأطباء النفسيين ويحقق قدراً أكبر من المساواة بهم . وأن يعاد النظر فى تكوين الفريق الطبى النفسى بحيث يختلف عن شكله التقليدى الحالى والبعد عن التسلسل الهرمى الراهن للوصول إلى الفريق المرن الذى يعتمد فى تكوينه على نوع المشكلة موضع الاهتمام . ومحاولة القضاء على الصراعات التى تنشأ بسبب الاختلاف بين أعضاء الفريق فى التدريب . وإذا كان الاخصائى النفسى فيما مضى يطلب الاعتراف المهنى على أساس مهارته فى التقدير النفسى. فإن مطالبته الآن بدور المستشار أو الموجه النفسى تقوم على أساس قدرته على ممارسة العلاج (تقرير هيئة الصحة العالمية ، ١٩٨٥ ؛ بين ، ١٩٨٥) .

ويعترف بعض الأطباء النفسيين بأن هناك أنواعاً من الأمراض التى تتميز باضطراب الشخصية وليس لها أسباب عضوية واضحة ، ولكنها تتواكب مع ظروف اجتماعية ونفسية مضطربة وهى تحتاج للتقويم والتعديل السلوكى والدعم النفسى.

ويقوم بعلاج هؤلاء المرضى فئة متمرسة على معالجة السلوك الانسانى من غير الأطباء أى الاخصائى النفسى الاكلينيكى والاخصائى الاجتماعى (عكاشة ، ١٩٨٥).

رابعاً :

بناء على ما سبق ينبغى النظر فى القانون رقم ١٩٨ لسنه ١٩٥٦ المنظم لمهنة العلاج النفسى فى مصر لازالة ما تركه من رواسب الخلاف بين المهن النفسية والطبية (مليكة ، ١٩٨٠) ولاضفاء نوع من المرونة يتيح للاخصائيين النفسيين الذين حصلوا على تدريب مناسب ممارسة العلاج النفسى والسلوكى بالاشتراك والتنسيق مع زملائهم الأطباء خاصة عند التعامل مع ظاهرة معقدة كالادمان . ونحن نؤمن بأن قصر دور الاخصائى النفسى المدرب على التقدير التشخيصى إهدار لطاقات يمكن الاستفادة بها فى ظل تزايد الحاجة إلى الخدمات النفسية والاجتماعية ...

مراجع الدراسة :

١- بين (روبرت) (١٩٨٥) استخدام المنهج التجريبى فى العمل النفسى الاكلينيكى ، ترجمة زين العابدين درويش . فى مصطفى سويف وآخرين ، **مرجع فى علم النفس الاكلينيكى** ، القاهرة : دار المعارف، ص ص٦٣- ٨٢ .

٢- سويف (مصطفى) (١٩٨٥) علم النفس الاكلينيكى : تعريفه وتاريخه ، فى مصطفى سويف وآخرين **مرجع فى علم النفس الاكلينيكى** . القاهرة : دار المعارف ، ص ص٥ - ٥٠.

٣- شاهين (عمر) (١٩٨٥) الاستراتيجية القومية لمكافحة وعلاج الادمان حتى عام ٢٠٠٠ (تصور الطب النفسى) **ورقة مقدمة إلى المؤتمر القومي الثانى لدراسة علاج وبائيات الادمان** ، المنعقد فى القاهرة من ٨ - ١٠ أكتوبر .

٤- عكاشة (أحمد) (١٩٨٥) **الطب النفسى المعاصر ، القاهرة : الأنجلو المصرية .**

٥- عكاشة (أحمد) (١٩٨٧) علاقة علم النفس بالطب النفسى، **مجلة علم النفس ، العدد الأول يناير** ، ص ص ٣٧ - ٤٢ .

٦- مليكه (لويس كامل) (١٩٨٠) **علم النفس الاكلينيكى : الجزء الأول . التشخيص والتنبؤ فى الطريقة الاكلينيكية**، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .

٧- **هيئة الصحة العالمية (١٩٨٥) دور الاخصائى النفسى فى مؤسسات الصحة النفسية ، ترجمة** زين العابدين درويش ، فى مصطفى سويف وآخرين ، **مرجع فى علم النفس الاكلينيكى** ، القاهرة : دار المعارف ، ص ص ٥١ - ٦٢.

8- D'zurilla, T.J., & Goldfried, M.R.,(1971) Problem Solving and behavior modification, **Journal of Abnormal psychology,** 78, 107 - 126.

9- Maratt, G.A. & Rose, F., (1980) Addictive Disorder in : A. E. Kazdin, A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.) **New Perspectives in Abnormal Psychology,** New York : Oxford University Press, pp. 298-324.

10- Nirenberg, T.D., (1983) Treatment of substance abuse, in: C.W alker (Ed.) **handbook of clinical psychology,** I llino is : Dow jones- irwin .

11- Raw, M., (1980) The psychological modification of Smoking in S. Rachman (Ed), **Contributions to medical psychology**: Volume I, Oxford: Pergamon press.

12- Sobell, L.C. & Sobell, M.B.,(1973) A Self-feedback technique to monitor dirnking behavior in alcohlics, Behavior Reseack and therapy, 11, 237 - 238.

13- Soueif,M.I. (1982) Substance treatement in Egypt : Cultural influences : Paper read in WHO conference in San Francessco, (memeographed).

14- Soueif, et al., (1982) The extent of nonmedical use of psychoactive substances among secondary school students in greater Cairo " **Drug and Alcohol Dependence,** "a" ,9, 15- 41.

15- Soueif et. al., (1982) The nonmadical use of psychoactive substances by male technical school students in greater Cairo : Anepidemiological study " **Drug and Alcohol Dependence,** " b", 10, 321 - 331.

16- Soueif et al., (1986) The extent of drug abuse among Egyptian Male University Students, **Drug and Alcohol Dependence,**18, 289 - 403.

الدراســة الثانية

تدريب الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين لمواجهة مشكلة تعاطى المخدرات*

* ورقة القيت فى الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان ، ٢٩ - ٣٠ أكتوبر ، ١٩٩٤ ونشرت فى كتاب الندوة .

مقدمة :

يعمل الإخصائى النفسى فى مؤسسات مختلفة ، يقوم فى كل منها بمهام وظيفية عديدة . غير أن نوع العمل الذى يقوم به والجوانب التى يهتم بها يختلف من مؤسسة لأخرى أو من مجال لآخر . ومن بين المجالات الكثيرة التى يعمل بها الإخصائى النفسى نذكر ما يلى :

أ - العمل فى العيادات والمستشفيات النفسية .

ب - العمل فى المؤسسات الإصلاحية مثل السجون ، ومؤسسات الأحداث والمنحرفين .

جـ - العمل فى مراكز البحث العلمى. (هنا وهنا، بدون تاريخ ، ص ص ٤٨-٤٩) .

وقد أكدت هيئة الصحة العالمية WHO فى تقريرها المنشور عام ١٩٧٤ التنوع فى وظائف ومسئوليات الإخصائى النفسى الإكلينيكى - على وجه الخصوص - فى مؤسسات الصحة النفسية فى بلدان أوربا ، وهو ماجعل من الصعب تحديد دوره بدقة ، وأدى إلى حصر مجهوداته فى عملية التقدير التشخيصى (هيئة الصحة العالمية ، ١٩٨٥، ص٥١).

غير أن التقرير الذى سلفت الإشارة إليه قد حمّل الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين مسئولية ضخمة عندما أشار إلى أن هناك دورا محددا للإخصائى النفسى الإكلينيكى بوصفه موجها طبيا Medical Educator فى المجتمع ، وتتجسد أبعاد هذا الدور فى ضرورة تناوله لمجموعة المشكلات الصحية ذات الخلفية السيكولوچية ، مثل تعاطى المخدراتDrug Abuse ، الأمراض التناسلية ، والجناح Delinquency، والتأخر العقلى Mental Retardation (المرجع السابق ، ص٥٦) .

ومن بين المشكلات السابقة تبرز مشكلة تعاطى المخدرات لتمثل تحديا حقيقيا لكافة المؤسسات الاجتماعية ، التشريعية ، والتربوية ، والعلاجية فى دول كثيرة . وتظهر الحاجة ماسة إلى تكاتف الجهود من قبل كثير من المعنيين بهذه المشكلة لمواجهتها ، والتقليل قدر الإمكان من مترتباتها وتداعياتها الخطيرة .

ولم يكن المجتمع المصرى بمنأى عن كل ما يتعلق بهذه المشكلة ، انتشارا ، وتأثرا بالمترتبات ، ومواجهته لها . وقد سارعت جهات عديدة للإسهام فى التصدى لهذه المشكلة ، ولم يتوان علماء النفس عن القيام بدورهم ، بل كانوا من أوائل الذين ساهموا بشكل فعّال فى الجهود المبذولة لدرء هذا الخطر بطرق شتى (يوسف ، ١٩٨٩).

ومن الملاحظ أن دور علماء النفس فى مواجهة مشكلة تعاطى المخدرات يعانى من تناقض ظاهر ، فمن ناحية بذل علماء النفس والباحثون فيه جهودا ضخمة ومضنية فى إجراء البحوث التى تدور حول مشكلة تعاطى المخدرات بأنواعها المختلفة ، منذ حملوا المسئولية التي تزامنت مع إنشاء المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية عام ١٩٥٧ (المعهد القومى للبحوث الجنائية وقتئذ) (هيئة بحث المخدرات ، ١٩٦٠ ؛ ١٩٦٤). ثم تبلورت هذه المسئولية وأصبحت أكثر وضوحا فى يناير ١٩٧٥ عندما صدر القرار بإنشاء البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات ، وجاء على رأس قائمة المهام المسندة إلى هيئة البرنامج الدائم ما يأتى:

أ - إجراء البحوث فى ميدان تعاطى المخدرات ، على النطاق المحلى، وعلى مستوى الوطن العربى ، والاشتراك فى بحوث عالمية.

ب - إعداد وتنفيذ برامج تدريبية هدفها إعداد كوادر مؤهلة لإجراء مزيد من بحوث تعاطى المخدرات (سويف وآخرون ، ١٩٩٠ أ ، ص٣).

وقد قامت الهيئة بتنفيذ أهدافها ، وفى مقدمتها الهدفان السابقان ، وتمخض عن ذلك وجود كم هائل من البيانات والمعلومات ذات الطابع النفسى الاجتماعى حول جوانب متعددة من مشكلة تعاطى المخدرات ، ولها قيمة كبيرة فى برامج

الوقـاية والتـأهيـل والعـلاج على حـد سـواء (أنظر فى ذلك على سـبيل المثـال لا الحـصـر: سـويف وآخـرين ، ١٩٨٧ ؛ ١٩٩٠ أ؛ ١٩٩٠ب ؛ ١٩٩١ ؛ ١٩٩٢ ، وباللغـة الإنجليزية Soueif et al., 1982 "a"; 1982 "b" ; 1986; 1988' 1990).

وفى مقـابل هذا – ومن ناحيـة ثانيـة – فقـد بقى دور الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى مواجهة مشكلة تعاطى المخدرات فى مؤسسات الصحة النفسية محدودا وقاصـرا للغاية . ومن هنا فإن الأمـر يقتضى إحداث تغيير فى تعاملنا مع هذه المشكلة بتوجيه النظر إلى إعداد وتدريب كوادر بشرية فى المجال النفسى الإكلينيكى ، تتعامل مع مشكلة تعاطى المخدرات ، لأنه بدون طواقم مدربة تدريبا نوعيا ، لا أمل فى علاج سليم لمشكلة الاعتماد على المخدرات (سويف ، ١٩٩٠ "ب" ص٧٧) وينبغى أن تلقى عملية التدريب عناية شديدة نظريا وعمليا فى موضوع المخدرات بصفة عامة ، لتحصيل معلومات عن تاريخ المخدرات وانتشارها ، وتوزيعها ، وأنواعها ، وكيفية علاجها والوقاية منها ، ليكونوا قادرين على الإفادة فى مجالات التشخيص العلاجى والبحث (يوسف ، ١٩٨٩).

وقبل أن نقدم توصياتنا ومقترحاتنا بشأن إعداد وتدريب الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى مجال تعاطى المخدرات ، نود أن نقدم أو نرصد عددا من الشواهد الواقعية التى تبرهن على ضرورة وأهمية عملية التدريب المشار إليها.

مقدمات من قراءة الواقع الراهن :

هل نحن بحاجة إلى إعداد برامج تدريب للإخصائيين النفسيين للعمل فى مجال الإدمان ، وما يستتبع ذلك من نفقات وجهود ؟ ربما كانت الإجابة عن هذا السؤال وغيره من الأسئلة تبدو يسيرة . ولكننا آثرنا أن نستنبط الإجابة عنه من خلال رصدنا لعدد من العوامل التى نعتبرها مسببات لمحدودية ممارسة الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين لدورهم فى مواجهة مشكلة تعاطى المخدرات فى المجتمع المصرى فى الوقت الراهن ، ومن ثم الحاجة إلى تدريب وتأهيل هؤلاء الإخصائيين ليكونوا على مستوى المشكلة المطروحة . وسوف نلاحظ أن بعض هذه

العوامل عام ، والبعض الآخر خاص بالإخصائيين النفسيين على وجه التحديد . وفيما يلى جانب من هذه العوامل :

١ - إن الوضع الراهن لعلاج الإدمان فى المجتمع المصرى ، وبصفة خاصة المؤسسات الصحية النفسية الحكومية ، وضع غير مرض على الإطلاق ، سواء من حيث الشكل ، أو من حيث المضمون ، فقد الحقت أقسام علاج الإدمان بمستشفيات الأمراض العقلية ، مثل مستشفى الخانكة والعباسية ، وفيها يعامل الإدمان ، كأحد الأمراض التى يواجهها الطبيب ، ولا تعتبر مشكلة قائمة بذاتها (شاهين ، ١٩٨٥) . وهو ما أكده بيان مصحات علاج الإدمان والتعاطى المرفق بقرار وزير العدل رقم ٢٦٣٣ لعام ١٩٩١* لقد أفضى هذا الوضع إلى تأجيل التخطيط لتقديم برامج تدريبية لمن سيتولون مهمة علاج الإدمان ، وأدى لأن يبقى المضمون الحقيقى للخدمة النفسية كما هو لم يتغير ليواكب الخدمة الجديدة ، باستثناء بعض الإجراءات لإزالة التسمم (عكاشة ، ١٩٩٢ ، ص٤٩٩؛ Soueif, 1982).

وإذا سلمنا - جدلا - بتحقق ما ورد فى القرار السابق ، وأنه تم بالفعل إنشاء المصحات المشار إليها ، فإن هذه المصحات تعانى حتما من نقص فى الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين المؤهلين للتعامل مع الأمراض النفسية بشكل عام ، (وهو ما تبين - على سبيل المثال - من خلال البحث الميدانى الذى أجراه قسم علم النفس بجامعة القاهرة عام ١٩٨٦** ، وعرضت بعض مؤشراته فى المؤتمر الثالث لعلم النفس عام ١٩٨٧) .

٢ - يتميز المجتمع المصرى فى تعامله مع دور الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى مشكلة تعاطى المخدرات بثنائية أو ازدواجية تكشف عن تناقض غير مبرر . فمن ناحية يمكن النظر إلى المجتمع المصرى على أنه تعامل مع المشكلة ذاتها ، وإسهام الإخصائيين النفسيين فيها ، تعاملا يمتاز بالتحضر والريادة ، وذلك بملاحقتها على المستوى البحثى منذ منتصف الخمسينيات وحتى

(*) انظر الملاحق والتعليقات رقم (١)

(**) انظر الملاحق والتعليقات رقم (٢)

الوقت الراهن ، وقد أسند هذه المهمة وغيرها* إلى علماء النفس وباحثيه . ولكنه وفى المقابل يتيمز بالتجاهل النسبى لدور الإخصائيين النفسيين على مستوى الممارسة الإكلينيكية ، وهو ما يتضح - على سبيل المثال - فى قرار وزير العدل السابق الإشارة إليه** (انظر : عكاشة ، ١٩٩٢ ، ص٧٧٦).

٣ - أن العمل فى مجال علاج الإدمان ومشكلاته يفتقر إلى فلسفة الفريق أو فريق العمل Team Work والتنسيق والتكامل بين التخصصات المختلفة ، والاعتقاد لدى البعض بأن علاج الإدمان من اختصاص الأطباء بصفة عامة ، بغض النظر عن خلفيتهم فى موضوع المخدرات . ومن المسلم به الآن أن علاج الأمراض النفسية بوجه عام ، والإدمان بوجه خاص ، يمر بعدة مراحل ، ويقتضى التعاون بين أفراد فريق عمل يضم الطبيب النفسى والإخصائى النفسى الإكلينيكى ، والإخصائى الاجتماعى ، وبعض الخدمات المعاونة الأخرى ، يؤدى كل فرد دوره ويخدم تخصص زميله ، ويخدم وضعه المهنى ، ولا يتدخل أى منهم فى عمل الآخر ، بل ينبغى التعاون بينهم للوصول بالمريض أو المدمن إلى حالة أفضل (عكاشة ، ١٩٨٧) .

٤ - هناك قصور واضح فى الدور الفعلى للإخصائى النفسى الإكلينيكى بصفة عامة (روتر ، ١٩٨٩ ، ص ١٧٨) ، وفى مجال تعاطى المخدرات بصفة خاصة، ويمكن تفسير ذلك فى ضوء سببين رئيسيين :

الأول : هو محاولة تحجيم هذا الدور والتشكيك فى جدواه حماية لمصالح مهنية لفئة معينة ، وتكريسا للخلاف بين المهن الطبية والنفسية (مليكة ، ١٩٨٠) . وقد نشرت جمعية الطب النفسى الأمريكية - على سبيل المثال - منشورا مختصرا تؤكد فيه أن الإخصائى النفسى الإكلينيكى غير مؤهل للإدلاء بشهادته أمام المحاكم حول الاضطرابات النفسية ، باعتبارها أمراضا طبية فى المقام الأول (Golding & Roesch, 1987) .

الثانى : راجع إلى الإخصائيين النفسيين أنفسهم ، حيث رضوا بواقعهم واستسلموا للإحباطات التى قد تفرض عليهم فى بعض الأحيان ، وربما ساهم عدد من الأسباب الأخرى فى تكريس هذا الواقع ومنها :

(*) انظر الملاحق والتعليقات رقم (٣)

(**) انظر الملاحق والتعليقات رقم (٤)

(أ) إن نسبة كبيرة من الإخصائيين النفسيين العاملين فى الميدان الإكلينيكى ، لم تتعد مؤهلاتهم حدود الدرجة الجامعية الأولى . وهى غير كافية - بأى حال من الأحوال - لإعداد إخصائى نفسى إكلينيكى ، يمكنه أن يكون عضوا فعّالا فى فريق العمل فى مؤسسات الصحة النفسية بصفة عامة ، وأقسام علاج الإدمان على وجه الخصوص .

(ب) إن طلاب علم النفس فى مرحلة الليسانس (وربما الدراسات العليا أيضا)، وفى حدود علمنا ، لا يدرسون شيئا عن المخدرات . وأنه باستثناء طلاب قسم علم النفس بكلية الآداب بجامعة القاهرة الذين يدرسون جزءا عن سيكولوجية المخدرات كجزء من مقرر علم النفس الإكلينيكى فى السنة النهائية فإن ذلك الوضع قائم إلى حد كبير .

(جـ) إنه حتى فى ظل تقديم مقرر أو أكثر عن المخدرات فى مرحلة الليسانس أو حتى فى الدراسات العليا ، فإن ذلك لن يكون كافيا مالم يوضع ذلك فى إطار خطة تدريبية شاملة وموجهة تتوفر لها مقومات النجاح ، وتخضع للتقويم المستمر ، وتغطى كافة المهام التى يمكن أن يقوم بها الإخصائى النفسى الإكلينيكى فى ميدان مواجهة مشكلة تعاطى المخدرات .

مهام الإخصائى النفسى الإكلينيكى فى مجال مواجهة تعاطى المخدرات :

دون ادعاء أو مبالغة ، يمكن القول بأن للإخصائى النفسى الإكلينيكى مهام متعددة يمكنه القيام بها لمواجهة مشكلة تعاطى المخدرات . ويمكن استنباط هذه المهام من خلال أكثر تعريفات علم النفس الإكلينيكى شمولا وتحديدا أو قبولا ، حيث يعرفه سويف بأنه أحد الفروع التطبيقية لعلم النفس الحديث ، وهو يعتمد إلى حد كبير على الإفادة من المعلومات والمهارات التى أمكن تحصيلها من جميع فروع علم النفس الأساسية والتطبيقية ، بهدف زيادة كفاءة الخدمة الطبية النفسية التى تقدم للمرضى النفسيين فى مجالات التشخيص والعلاج والتوجيه والتأهيل وتدابير الوقاية (سويف ، ١٩٨٥ ، ص٥) .

وإذا نظرنا إلى مهمة الفحص والتقدير فسنجد أنها - من الناحية الشكلية -

المهمة التى يمارسها الإخصائيون النفسيون الإكلينيكيون فى واقع الأمر . وبرغم ذلك ، فإن أداءهم لها لم يصل إلى الحد المرضى ، إما بسبب نقص فى مستوى التدريب ، أو بسبب نقص فى الأدوات .

ولا يستطيع أحد أن يقلل من أهمية عملية الفحص والتقدير Assessment بصفة عامة وفى مجال الإدمان بصفة خاصة ، سواء قبل العلاج لتحديد خط الأساس Base line ، والتعرف على مدى التدهور Deterioration الذى يكون قد أصاب بعض القدرات والوظائف . فقد أشارت بعض الدراسات المصرية الرائدة إلى وجود فروق بين مجموعة من متعاطى الحشيش طويل المدى ، ومجموعة ضابطة فى بعض القدرات مثل سرعة الأداء النفسى الحركى ، والذاكرة المباشرة والتآزر البصرى الحركى فى ظل عاملى التعليم ومحل الإقامة (الريف - الحضر) (see: Soueif et al., 1980) . أو بعد العلاج للمتابعة والوقوف على مقدار التحسن الناتج عن البرامج العلاجية . وبناء على ذلك ، فإن أداء الإخصائى النفسى الإكلينيكى للعمل فى مجال الإدمان يجب أن يتضمن جزءا خاصا بعملية الفحص والتقدير .

المهمة الثانية التى يشير إليها التعريف السابق هى مهمة العلاج . وقد أقرت هيئة الصحة العالمية بدور الإخصائى النفسى الإكلينيكى فى العلاج . وأشار تقريرها - الذى سبقت الإشارة إليه - إلى أن دور الإخصائى النفسى فى العلاج يتزايد مع الأيام (هيئة الصحة العالمية ، ١٩٨٥ ، ص ٥٧) . كما يشير بعض الأطباء النفسيين إلى أن هناك أنواعا من الأمراض التى تتميز باضطراب الشخصية وليس لها أسباب عضوية واضحة ، ولكنها تتواكب مع ظروف اجتماعية ونفسية مضطربة تحتاج للتقويم والتعديل السلوكى والدعم النفسى ، ويقوم بعلاج هؤلاء المرضى فئة متمرنة على علاج السلوك الإنسانى من غير الأطباء (عكاشة ، ١٩٨٧) .

ونحن لا نزعم أن علاج الإدمان وقف على الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين، وإنما نؤكد أن هناك عدة مراحل يمر بها علاج الإدمان ، وللإخصائى النفسى الإكلينيكى دور واضح فى بعض هذه المراحل (يوسف ، ١٩٨٩) كما أنه يمتلك - من حيث الإمكانية - عددا من الأساليب العلاجية النفسية والسلوكية

تمكنه – إن أحسن تدريبه – من الإسهام فى عملية العلاج (see: D'Zurilla & Goldfried, 1971; Sobell & Sobell, 1973; Marlott & Rose, 1980; Neirenberg, 1983)

وإذا كان العلاج لا يقدم غير حل جزئى لمشكلة تعاطى المخدرات ، فإن الوقاية Prevention تبقى هى الهدف الذى ينبغى التركيز عليه والسعى إلى تحقيقه . على أن يتم ذلك فى ضوء المعلومات والبيانات العلمية الدقيقة المستمدة من دراسات واقعية ، وبالتالى تصبح الوقاية عملا مخططا له أهداف محددة ، يمكن تحويلها إلى مؤشرات تخضع للقياس Measurement والتقويم Evaluation . ومادام علماء النفس يمتلكون ذخيرة هائلة من البيانات العلمية الدقيقة والمضبوطة منهجيا ، فإن مسئوليتهم فى عملية الوقاية ليست محل تشكيك .

ولكننا نعترف بأن هذه الإمكانيات تحتاج لأن تتحول إلى حقيقة واقعة ، سواء بالمشاركة فى تحسين الظروف النفسية والاجتماعية للقضاء على المسببات والظروف التى تقف خلف الوقوع فى براثن الإدمان ، أو باكتشاف الجماعات البشرية الهشة Risk Groups أو الأكثر تعرضا لهذا الخطر ، أو بمضاعفة الجهود للتعجيل بالشفاء والحيلولة دون الانتكاس أو التحول إلى الإزمان Chronicity (هيئة الصحة العالمية، ١٩٨٥، ص ص ٥٥ – ٥٦ ؛ سويف، ١٩٩٠«ب» ، ص ص ١٢ – ١٥) .

وأخيرا فإن الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين يمكنهم تتويج مجهوداتهم فى مواجهة تعاطى المخدرات بإساهمهم فى عملية التوجيه Guidance والتأهيل Rehabilitation. ويمتد مصطلح التأهيل ليشمل مساحة عريضة من الخدمات تلتقى فى العمل على إعادة المدمن إلى موضعه فى المجتمع وفى العمل بصورة خاصة . ويشمل الإرشاد المهنى ، وقياس الاستعدادات المهنية للمدمن السابق ، والتوجيه المهنى ، والتدريب على وظائف معينة ، والمتابعة (سويف ، ١٩٩٠ «ب» ، ص ص ٢٦ – ٣٣) . ومن الواضح أن المكونات السابقة فى مجملها جزء من عمل الإخصائى النفسى المدرب .

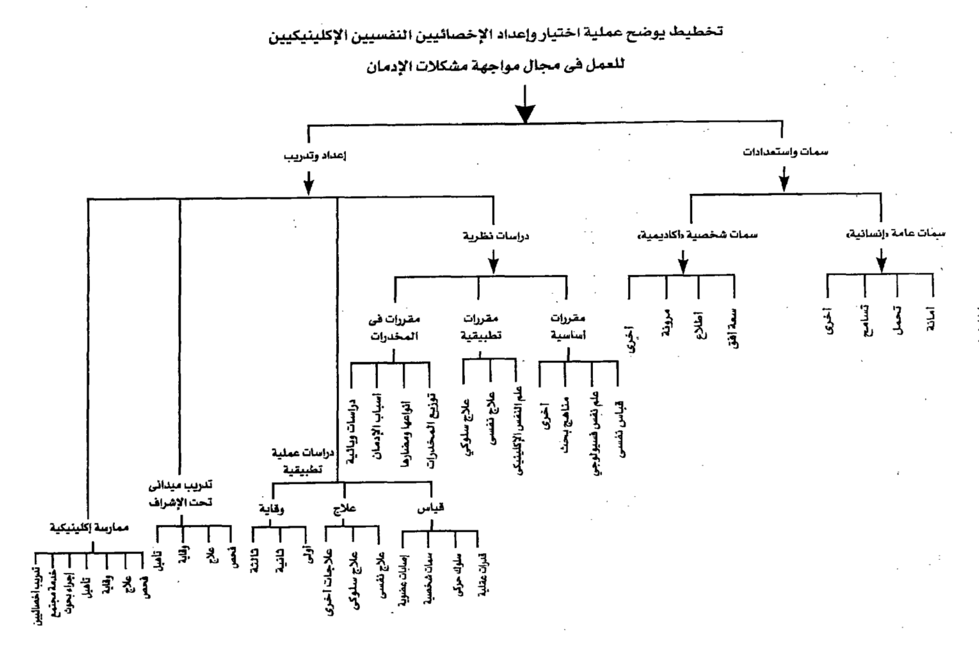
تدريب الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين للعمل فى مجال الإدمان :

توصى لجنة المستشارين العلميين للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان – فى إطار اقتراحاتها بإنشاء المصحات والعيادات لعلاج الإدمان – بأنه ينبغى توفر

قدر معقول من التدريب للعاملين ، الأطباء وأعضاء الفريق العلاجى جميعا ، وأن يكون هذا التدريب نوعيا ولازما لرعاية المدمنين ، وأنه يمكن أن توضع فى هذا الصدد برامج تدريب محدودة تقتصر على العناصر الجوهرية فى الرعاية ، على أن يتبع فى هذا المجال نظام دورات التدريب المستمرة ، بحيث يتعرض كل عامل فى الميدان لدورة تجدد له معلوماته وتشحذ مهاراته مرة كل عام ، وتكون الدورة مكثفة بحيث لاتستغرق أكثر من بضعة أيام أو أسبوع على أقصى تقدير . وفى الوقت نفسه توضع برامج تدريبية أخرى تكون أكثر شمولا وعمقا وهذه تكون موجهة للعاملين فى المصحات الرئيسية (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩١ ، ص ٦٠) .

وفى ضوء المقدمات التى سقناها فى البداية تبرز حقيقة على جانب كبير من الأهمية ، وهى أننا نفتقر إلى الكوادر المدربة للعمل فى مجال الإدمان تشخيصا وعلاجا ووقاية وتوجيها وتأهيلا . وقد حان الوقت للعناية الجادة بتدريب الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين نظريا وعمليا فى علم النفس الإكلينيكى بصفة عامة ، وفى مجال الإدمان وتعاطى المخدرات بصفة خاصة ، ليكونوا قادرين على الإفادة فى المجالات السابقة . لأنه لا يمكن لبرامج الوقاية والعلاج ، والتأهيل الاجتماعى والمهنى للمدمنين أن تؤتى ثمارها دون أن يتوفر لها منذ البداية الحد الأدنى من الكوادر المدربة، أي الكوادر التى يتوفر لها قدر من العلم بموضوعات هذه البرامج مع قدر من المهارات العلمية المتعلقة بما تشير إليه هذه الموضوعات من خدمات : ويقتضى ذلك وضع برامج تدريبية مفصلة بما يلائم الموقف فى جملته ، والموقف هنا يشمل : المخدرات موضع الاهتمام ، وطبيعة الخدمات المطلوبة (وقائية أو علاجية أو تأهيلية) ، والمؤهلات المتوفرة لدى الأشخاص المرشحين للعمل فى إطار تقديم هذه الخدمات (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩١ ، ص ١٨٩) .

من هنا فإن هناك شرطين ضروريين ينبغى مراعاتهما فيمن يعمل فى مجال المخدرات : الأول هو سمات الفرد واستعداداته ، والثانى هو إعداده أو تدريبه . ويوضح التخطيط التالى تفاصيل هذين الشرطين :


تخطيط يوضح عملية اختيار وإعداد الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين
للعمل فى مجال مواجهة مشكلات الإدمان
سمات واستعدادات
إعداد وتدريب
سمات عامة «إنسانية»
سمات شخصية «اكاديمية»
أمانة
تحمل
تسامح
أخرى
سعة أفق
أطلاع
مرونة
أخرى
دراسات نظرية
مقررات اساسية
مقررات تطبيقية
مقررات فى المخدرات
قياس نفسى
علم نفس فسيولوجي
مناهج بحث
أخرى
علم النفس الإكلينيكى
علاج نفسى
علاج سلوكي
توزيع المخدرات
انواعها ومضارها
اسباب الإدمان
دراسات وبائية
دراسات عملية تطبيقية
قياس
علاج
وقاية
قدرات عقلية
سلوك حركى
سمات شخصية
إصابات عضوية
علاج نفسى
علاج سلوكى
علاجات أخرى
أولى
ثانية
ثالثة
تدريب ميدانى تحت الإشراف
فحص
علاج
وقاية
تأهيل
ممارسة إكلينيكية
فحص
علاج
وقاية
تأهيل
إجراء بحوث
خدمة مجتمع
تدريب اخصائيين

١ - السمات والاستعدادات :

إذا كان العمل مع العاديين أو الأسوياء يتطلب مجموعة من السمات النفسية تتضمن القدرة على التوافق الشخصى والاجتماعى ، والقدرة على فهم الآخرين ومعرفة دوافعهم ، وتقبل أساليب السلوك المختلفة ، والتسامح ، فإن هذه السمات النفسية تصبح ذات أهمية أعظم بالنسبة للعمل مع غير الأسوياء من الناس ، سواء الذهانيون Psychotics أو العصابيون Neurotics أو الجانحون (هنا وهنا ، بدون تاريخ ، ص ٣٥) ، أو المدمنون على الموادالنفسية المختلفة سواء اعتبرناهم فئة من الذهان العضوى ، أو فئة قائمة بذاتها .

هذه السمات تصبح لازمة وضرورية للإخصائى النفسى الإكلينيكى الذى يعمل مع الأشخاص الذين يعانون من مشكلاتهم واضطراباتهم بدرجات مختلفة ، والذين يختلفون اختلافا كبيرا من حيث توقعاتهم من الاخصائى ، ومن حيث خصالهم النفسية وظروفهم المسيطرة عليهم . ومن المعروف أن أعراض الانسحاب Withdrawal Symptoms من الأعراض التى تميّز الإدمان * وتحول المدمنين إلى أشخاص يصعب قيادتهم والتعامل معهم . من هنا فإن الإخصائى النفسى المرشح للعمل مع هذه الفئة ينبغى أن يتميز بعدد من السمات ، منها أن يكون على قدر عال من التسامح والتحمل ، وذا شخصية ثابتة ، ويتميز سلوكه بالاتزان ، وتفكيره بالمرونة ، ولديه الرغبة فى تقديم المساعدة ، كما يكون لديه الاستعداد والرغبة فى تطوير نفسه مهنيًا من خلال الاطلاع والاتصال بمراكز العلم .

وفى ضوء ذلك فإن الإخصائيين الذين يعملون فى مجال الإدمان ينبغى أن يخضعوا لعملية اختبار دقيقة وفقا لعدد من السمات والاستعدادات التى يحتاجها العمل فى هذا الميدان .

٢ - الإعداد والتدريب :

تنقسم عملية تدريب الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين - كما هو موضح بالتخطيط المقترح السابق - إلى أربعة أقسام أو مراحل وهى : مرحلة الإعداد

(*) انظر الملاحق والتعليقات رقم (٥)

النظرى ، ومرحلة التدريب العملى التطبيقى ، ومرحلة التدريب الميدانى تحت الأشراف المباشر ، وأخيرا ممارسة العمل الإكلينيكى متعدد الأبعاد . ونود بداية أن نشير إلى عدد من الاعتبارات العامة التى ينبغى مراعاتها فى عملية الإعداد على النحو التالى :

١ - ألا يعمل فى مجال الإدمان إلا من حصل على دراسات تخصصية فى هذا المجال .

٢ - أن يكون التدريب على مستوى دراسات جامعية عليا ، ابتداءً بالدبلومات المتخصصة وانتهاء بالدكتوراه . ويؤكد البعض ألا تقل الدرجة العلمية التى يحصل عليها الإخصائيون النفسيون الإكلينيكيون عن درجة الدكتوراه (روتر ، ١٩٨٩ ، ص ١٧٩) .

٣ - زيادة التدريب الإكلينيكى كما وكيفا ، وأن تكون برامج الدراسة انتقائية ومرنة ، وأن يكون المضمون والاتجاه مؤسسين على المعرفة النظرية وعلى الخبرة العملية المتصلة بمشكلات البلد الذى ينتمى إليه ويعمل فيه الإخصائى النفسى، والمرحلة التى بلغها هذا المجتمع من التنمية (هيئة الصحة العالمية ، ١٩٨٥ ، ص ٦٠) .

٤ - التوسع فى المنح الدراسية لمعاهد ومراكز العلاج النفسى والسلوكى ، وكذلك مراكز علاج الإدمان فى الداخل والخارج .

٥ - استمرار عقد الدورات التدريبية التنشيطية ؛ للحفاظ على مستوى التدريب وتحديثه ، بما يتلاءم مع التغيرات المستمرة فى هذا المجال .

٦ - التنسيق بين التخصصات المختلفة المعنية بمواجهة مشكلات الإدمان لتبادل الخبرات ، وتوحيد جرعات التدريب ، حتى نصل إلى فريق العمل بالمعنى الحقيقى للكلمة .

٧ - أن تتولى عملية التدريب إعدادا وتنفيذا بعض المؤسسات المؤهلة لذلك والتى لها تاريخ فى التعامل مع ظاهرة تعاطى المخدرات ، مثل المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، مع إتاحة الفرصة للتعاون مع أقسام علم النفس فى

الجامعات والمؤسسات التى تتكفل بعلاج المدمنين وإيوائهم للإسهام فى عملية التدريب كل حسب إمكانياته .

بالإضافة إلى الاعتبارات السابقة ، فإن هناك عددا من الشروط العامة التى ينبغى توفرها فى برنامج التدريب وهى :

(أ) تحديد أهداف البرنامج .

(ب) تحديد الموضوعات التى ستقدم فى البرنامج .

(جـ) تحديد وتوصيف المهارات العملية المطلوبة من المتدربين أن يتقنوها من خلال تلقيهم لهذا البرنامج .

(د) تحديد نوع المتلقى الملائم لتلقى هذا البرنامج .

(هـ) وضع البرنامج فى شكل بنود متوالية ، فى إطار برنامج زمنى محدد .

(و) إعداد المواد اللازمة لتقديم هذا البرنامج التدريبى (لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩١ ، ص ١٩٣) .

أما بالنسبة للهدف فى برنامجنا المقترح ، فقد ورد أكثر من مرة فى سياق حديثنا السابق ، ونؤكده هنا بأنه إعداد الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين للعمل - بكفاءة - فى مجال مواجهة وعلاج الإدمان بكل ما يتطلبه هذا الميدان من مهام .

فإذا انتقلنا إلى مسألة تحديد الموضوعات ، وتوصيف المهارات المطلوبة من المتدربين ، فسنجد أنها تمثل الجانب الأكبر من التخطيط السابق بمراحله الأربع على النحو التالى :

١ - الدراسات النظرية :

مما لا شك فيه أن الطالب الذى تخرج فى أحد أقسام علم النفس ، يكون قد حصّل قدرا لا بأس به من المقررات الأساسية فى علم النفس ، ولكنها لن تكون - بحال من الأحوال - كافية له ليعمل إخصائيا نفسيا إكلينيكيا ، ومن ثم يكون بحاجة ماسة إلى مواصلة الدراسة ، إما لإضافة مقررات جديدة لم تتح له فرصة دراستها ، أو لتعميق دراسته لعدد آخر من المقررات التى درسها بالفعل ، ويمكن أن تشمل :

(أ) مقررات أساسية مثل علم النفس الفسيولوجى ، والبيولوجى ، ومناهج البحث والقياس النفسى ، والإحصاء .

(ب) مقررات تخصصية عامة مثل علم النفس الإكلينيكى ومناهج البحث فيه، والعلاج النفسى والعلاج السلوكى ، والطب النفسى والعصبى (مستوى متقدم) ، ومقدمة فى الفارماكولوجى .

(جـ) مقررات تخصصية نوعية فى مجال الإدمان وتعاطى المخدرات ؛ ليتعرف على أهم المفاهيم الشائعة فى المجال ، وأنواع الإدمان ، والمواد المسببة له ، والعوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالتعاطى ، وطرق علاجه والوقاية منه وغير ذلك .

٢ - الدراسات العملية التطبيقية :

والتى تركز أساسا على إكساب المتدرب المهارات اللازمة للعمل فى مجال الإدمان ، وتوجه أساسًا لتدريبه على كيفية إتقان عملية تطبيق وتصحيح وتفسير الاختبارات النفسية التى تقيس الذكاء والتفكير والانتباه والإدراك والذاكرة والأداء النفسى الحركى ، وسمات الشخصية ، والكشف عن الإصابات العضوية وغير ذلك . ويمكن أن تعطى بعض التدريبات التمهيدية فى العلاج السلوكى والعلاج النفسى ، ويمكن أن تتم الاستعانة بشرائط الفيديو التى تستخدم فى هذا الغرض ، أو الزيارات المنتظمة للمؤسسات التى يمارس فيها العلاج النفسى والسلوكى . علما بأن هذا الجانب من التدريب يمكن أن يتم فى أقسام علم النفس ومختبراته ، أو فى الوحدات المشابهة فى مراكز البحوث .

٣ - التدريب الميدانى تحت الإشراف :

وهنا يلحق الإخصائى المتدرب بإحدى المصحات أو العيادات التى تستقبل وتعالج المدمنين بشرط أن يكون بها مشرف خبير . ويقوم الإخصائى بممارسة الأعمال والمهام - التى تدرب عليها من قبل - فى مواقف فعلية تتيح الاحتكاك المباشر بجمهور المدمنين والمتعاطين ، ويكون للمشرف الحق فى توجيه المتدرب

وتصحيح أخطائه أولا بأول . وتتاح للإخصائى المتدرب الفرصة لحضور الندوات العلمية أو المؤتمرات المصغرة ذات الطابع التعليمى * ، كما يسمح له بالمشاركة الفعلية فيها بفحص الحالات وعرضها فى مثل هذه الندوات والمؤتمرات كما هو متبع عادة .

٤ - ممارسة العمل فى مجال الإدمان :

بعد أن ينهى الإخصائى النفسى الإكلينيكى المراحل الثلاث السابقة من عملية التدريب ويجتازها ، يكون مؤهلا - عندئذ - للانتقال إلى ممارسة العمل الإكلينيكى مع المدمنين والمتعاطين فى المستشفيات والعيادات . ويمكنه تقديم خدماته فى عدد من المجالات التى تتصل بالمدمنين كالفحص والتقدير ، والعلاج ، والمشاركة فى وضع وتنفيذ الخطط الوقائية . والقيام بعمليات التوجيه والتأهيل ، ومجالات أخرى أكثر اتساعا كإجراء البحوث التى من شأنها توفير قاعدة من البيانات والمعلومات ، وأيضا تطوير أدائه الإكلينيكى ، ويضاف لذلك تقديم استشاراته للزملاء وللمؤسسات الاجتماعية المختلفة ، وأخيرا القيام بتدريب الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الجدد الذين سينضمون إلى العمل فى هذا الميدان .

وإذا كان مقدرا لهذا البرنامج المقترح أن يجد طريقه إلى التنفيذ ، فإن هناك عددا من النقاط التى ينبغى أن تؤخذ فى الاعتبار ، ومنها :

(أ) ألا يكون الإخصائى النفسى هو الوحيد الذى يتعرض لمثل هذا التدريب، وإنما يمتد ليشمل بقية أعضاء الفريق من أطباء وإخصائيين اجتماعيين وممرضين وغيرهم ، باعتبار أن التعامل مع المدمنين يقتضى التعاون والتنسيق بين أفراد الفريق العلاجى وآخرين من خارجه .

(ب) أن يخضع هذا البرنامج - عند التنفيذ - لعملية تقويم قصير المدى ، وآخر طويل المدى قبل الحكم بصلاحيته وإمكانية تعميمه .

(*) انظر الملاحق والتعليقات رقم (٦)

(جـ) أن توكل مهمة إعداد وتنفيذ البرنامج إلى خبراء ومتخصصين فى بحوث المخدرات ، ممن لهم خبرة بالتعامل البحثى الإكلينيكى مع المتعاطين والمدمنين ، كما ينبغى أن يشارك فى ذلك أيضا أشخاص ممن يمثلون التخصص المهنى الذى سيتلقى هذا التدريب من خارج تخصص علم النفس (انظر : لجنة المستشارين العلميين ، ١٩٩١ ، ص ص ١٨٩ - ١٩٦) .

وختاما فإننا قصدنا بما قدمناه فى هذه الورقة لفت الانتباه إلى إحدى الطرق الهامة لمواجهة مشكلة تعاطى المخدرات ، وهى إعداد وتدريب الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين جزء من إعداد وتدريب الكوادر اللازمة لمواجهة هذه المشكلة ، مما يوفر مواجهة متعددة المحاور والمصادر .

تلخيص :

تناولنا فى هذه الورقة مناقشة مسألة إعداد وتدريب الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين للإسهام فى مواجهة مشكلة الإدمان وتعاطى المخدرات . وقد بدأنا حديثنا بمقدمة عامة أردنا منها إبراز حيوية القضية المثارة ، واستندنا فى ذلك إلى قراءة ناقدة للوضع الراهن فى التعامل مع مشكلة الإدمان بصفة عامة ، وعلاج المدمنين على وجه الخصوص ، والمشكلات التى تعترض الإسهام الفعلى من جانب الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين، كما ألقينا الضوء على المهام المتعددة التى يمكن للإخصائيين النفسيين القيام بها فى حال حصولهم على التدريب المناسب . واختتمنا حديثنا بتصور مقترح لعملية الإعداد والتى تقوم على دعامتين أساسيتين : الاستعدادات والسمات الشخصية ، وما يحصل عليه من تدريب يمر بعدد من المراحل ، تبدأ بالإعداد النظرى ، وتنتهى بالمشاركة الفعلية فى الممارسات الإكلينيكية فى مجال علاج الإدمان والوقاية منه .

مراجع الدراسة

روتر (جوليان) (١٩٨٩) ، **علم النفس الإكلينيكى** ، ترجمة ، عطية محمود هنا ، القاهرة: دار الشروق ، الطبعة الثالثة .

سويف (مصطفى) (١٩٨٥) ، علم النفس الإكلينيكى : تعريفه وتاريخه ، فى : مصطفى سويف وآخرين ، **مرجع فى علم النفس الإكلينيكى** ، القاهرة : دار المعارف، ص ص ٥ – ٥٠ .

سويف (مصطفى) وآخرون (١٩٨٧) ، **المخدرات والشباب فى مصر ، بحوث ميدانية فى مدى انتشار المواد المؤثرة فى الحالة النفسية داخل قطاع الطلاب** ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

سويف (مصطفى) واخرون (١٩٩٠) ، **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب : دراسات ميدانية فى الواقع المصرى ، المجلد الثانى ، تدخين السجائر : مدى الانتشار وعوامله** ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، (أ) .

سويف (مصطفى) (١٩٩٠) **الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات : خفض الطلب** ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ، (ب) .

سويف (مصطفى) وآخرون (١٩٩٢) ، **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب : دراسات ميدانية فى الواقع المصرى ، المجلد الثالث ، التعاطى غير الطبى للأدوية المؤثرة فى الأعصاب** ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

شاهين (عمر) (١٩٨٥) ، الاستراتيجية القومية لمكافحة وعلاج الإدمان حتى عام ٢٠٠٠ (تصور الطب النفسى) **ورقة مقدمة إلى المؤتمر القومى الثانى لدراسة وعلاج وبائيات الإدمان** ، المنعقد فى الفترة من ٨ – ١٠ أكتوبر .

عكاشة (أحمد) (١٩٨٧) ، علاقة علم النفس بالطب النفسى ، **مجلة علم النفس** ، العدد الأول ، ص ص ٣٧ – ٤٢ .

عكاشة (أحمد) (١٩٩٢) ، الطب النفسى المعاصر ، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

لجنة المستشارين العلميين (١٩٩١) ، **التقرير التمهيدى باقتراح استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان** ، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

مليكة (لويس كامل) (١٩٨٠) ، **علم النفس الإكلينيكى : الجزء الأول ، التشخيص والتنبؤ فى الطريقة الإكلينيكية** ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة لكتاب .

هنا (عطية محمود) وهنا (محمد سامى) ، علم النفس الإكلينيكى ، الجزء الأول ، التشخيص النفسى ، القاهرة : دار النهضة العربية (بدون تاريخ للنشر) .

هيئة بحث تعاطى الحشيش (١٩٦٠) ، **تعاطى الحشيش ، التقرير الأول ، استمارة الاستبار** القاهرة : دار المعارف .

هيئة بحث المخدرات (١٩٦٤) ، **تعاطى الحشيش ، التقرير الثانى ، نتائج المسح الاستطلاعى فى مدينة القاهرة** : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

هيئة الصحة العالمية (١٩٨٥) ، دور الإخصائى النفسى فى مؤسسات الصحة النفسية ، ترجمة زين العابدين درويش ، فى : مصطفى سويف وآخرين ، **مرجع فى علم النفس الإكلينيكى** ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٨٥ ، ص ص ٥١ - ٦٢ .

يوسف (جمعة سيد) (١٩٨٩) ، دور الإخصائى النفسى فى علاج الإدمان بين الإمكانية والتحقيق ، **مجلة علم النفس** ، العدد ١٢ ، ص ص ٦٥ - ٧١ .

D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R (1971) . Problem solving and behavior modification, **Jownal of Abnormal Psychology,** 78, pp. 107-126.

Golding, S. L. & Roesch, R.(1987) The assessment of criminal responsibility: A historical approach to a current controversy, in Irving B. Weiner & Allen K. hen (Eds.), **Handbook of Forensic Psychology,** New York: John Wiley & Sons, pp. 395-436.

Morlatt, G. A. & Rose, F. (1980) Addictive disorder, in: A. E. Kazdin, A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), **New perspectivs in abnormal psychology,** New York: Oxford University Press, pp. 298-324.

Neirenberg, T. D.(1983) Treatment of substance abuse, in C. W. Alker (Ed.), **Handbook of clinical psychology,** Illinois: dow Jones- Irwin.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B.(1973) A self-Feedback technique to monitor drinking behavior in alcoholics, **Behavior Research and Therapy,** 11, 237-238.

Soueif, M. I. (1982) Substance abuse treatment in Egypt: Cultural influences, **Paper read in WHO Conference in San Francesco,** (memeographed).

Soueif, M. I., El-Sayed, A. M., Darweesh, Z. A. & Hannourah, M. A. (1980) **The Egyptian study of chronic cannabis conswnption.** Cairo: National Center for Social & Criminological Research .

Soueif, M. I. et al.,(1982) The extent of nonmedical use of psychoactive substances among secondary school students in Greater Cairo, **Drug and Alcohol Dependene,** 1 a,9, 15-41.

Soueif, M. I. et al.,(1982) The nonmedical use of psychoactive substances by male technical school students in Greater Cairo: An epidemiological study, **Drug and Alcohol Dependence,** b, 10, 321-331.

Soueif, M. I. et al.,(1986) The extent of drug abuse among Egyptian male university students, **Drug and Alcohol Dependence,** 289-403.

Soueif, M. I. et al.,(1988) The use of psychoactive substances among Egyptian males workng industries, **Drug and Alcohol Dependence,** 21, 217-229.

Soueif, M. I. et al.,(1990) The use of psychoactive substances among Egyptian males secondary school pupils in Egypt: A nationwide representative sample, **Drug and Alcohol Dependence,** 26, 1, 63-80.

ملاحق وتعليقات تفصيلية

١ - مصحات علاج الإدمان والتعاطى المرفق بقرار وزير العدل رقم ٢٦٣٣ لسنة ١٩٩١ .

محافظة القاهرة : مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى حلوان للصحة النفسية .

مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى العباسية للصحة النفسية .

محافظة الاسكندرية : مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى المعمورة للصحة النفسية .

محافظة القليوبية : مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى الخانكة للصحة النفسية .

محافظة الغربية : مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى طنطا للصحة النفسية .

محافظة الشرقية : مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى كفر الفزازى للصحة النفسية .

محافظة الدقهلية : مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى المنصورة .

محافظة بنى سويف : مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى بنى سويف .

محافظة أسيوط : مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى الصحة النفسية بأسيوط .

محافظة سوهاج : مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى الصحة النفسية بسوهاج .

محافظة أسوان : مصحة علاج الإدمان والتعاطى بمستشفى السد العالى للصحة النفسية .

ويلاحظ من البيان السابق ما يلى :

أ - أن المصحات المشار إليها بالقرار السابق ملحقة بمستشفيات للصحة النفسية (أو مستشفيات الأمراض العقلية "المجانين" كما يعرفها العامة وغير المتخصصين).

ب - أن هناك محافظات كثيرة استبعدت من القرار وهى : محافظات القناة الثلاث . ومحافظتا شمال وجنوب سيناء ، ومحافظة المنيا ، وقنا (والأقصر الآن باعتبارها مدينة مستقلة)، والوادى الجديد ، ومرسى مطروح ، ودمياط ، والفيوم ، وكفر الشيخ ، والبحيرة ، والمنوفية ، والبحر الأحمر ، والجيزة (برغم ارتباطها بالقاهرة الكبرى).

جـ - أن المصحات المشار إليها ألحقت بمستشفيات قائمة بالفعل ، وماحدث فى الغالب هو اقتطاع جزء من هذه المستشفيات لحساب علاج الإدمان ، مما سيجعلها تعجز عن علاج الأمراض النفسية والإدمان فى الوقت نفسه .

٢ - شارك مُعِدُّ هذه الورقة فى البحث المشار إليه ، وقد قام بزيارة محافظة أسيوط للوقوف على عدد الإخصائيين النفسيين الإكلينيكيين التابعين لوزارة الصحة ، وأسفر البحث بهذه المحافظة - على سبيل المثال - أن بها إخصائيا نفسيا واحدا فى مستشفى الصحة النفسية ،

وقد كان فى أجازة مرضية لمدة ستة أشهر عند إجراء البحث نظرا لإصابته فى حادث ، ولايوجد بديل له . وقد كشفت مقابلته (فى منزله) عن أنه تخرج فى أواخر الستينيات ، وأنه يشكو من نقص واضح فى الأدوات والمقاييس الإكلينيكية .

٣ – أسندت مهمة رئاسة البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات وكذلك رئاسة لجنة المستشارين العلميين للمجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان إلى أحد أساتذة علم النفس ورواده وهو الأستاذ الدكتور مصطفى سويف ، كما اختير بهيئة الصحة العالمية منذ عام ١٩٧١ وحتى وقتنا هذا ، وطلب للإدلاء بشهادته أمام الكونجرس الأمريكى . وقد أدلى بشهادته أمام اللجنة الفرعية (لجنة السناتور جورنى) المشكلة للنظر فى تنفيذ مرسوم الأمن الداخلى وقوانين الأمن الداخلى الأخرى (أنظر سويف ، ١٩٩٢ ، ص ص ٢١٧ – ٢٢٧).

٤ – لتوضيح ذلك نورد نص المادتين الخامسة والحادية عشرة من قرار وزير العدل الذى سبقت الإشارة إليه :

مادة ٥ : تتولى إدارة الصحة لجنة تشكل بقرار من مدير الشئون الصحية بالمحافظة على النحو الآتى :

– مدير المصحة رئيسا (ويختار من الأطباء الإخصائيين ذوى الخبرة فى الأمراض النفسية والعصبية وعلاج الإدمان).
– وكيل النائب العام .
– طبيب إخصائى أمراض باطنية أو علاج السموم .
– إخصائى تحاليل طبية .
– ممثل إدارة الدفاع الاجتماعى .
– أحد الدعاة من العلماء .

ويضم إلى عضوية اللجنة رئيس هيئة التمريض بالمصحة . ويختار المحامى العام للنيابة الكلية التى تقع المصحة فى دائرتها وكيل النائب العام ، كما يختار كل من الأعضاء الآخرين مدير المديرية المختص بالمحافظة . ويتولى رئاسة اللجنة عند غياب رئيسها أقدم الأطباء الإخصائيين من الأعضاء . وللجنة أن تستعين فى أداء مهمتها بمن ترى الاستعانة بهم من الخبراء والفنيين ولها أن تدعو أيا منهم إلى اجتماعاتها للاشتراك فى المناقشة ولسماع ما تراه من ايضاحات دون أن يكون له صوت معدود ..

مادة ١١ : تشكل لجنة من ثلاثة من الإخصائيين على الأقل أحدهم فى الأمراض النفسية والعصبية ، والثانى فى الأمراض الباطنية أو علاج السموم ، والثالث إخصائى اجتماعى أو نفسى. وتتولى هذه اللجنة فحص المودع وإعداد تقرير عن حالته من حيث الشفاء أو عدم جدوى العلاج..

ويلاحظ من المادتين السابقتين مدى ضآلة دور الإخصائى النفسى فى المصحات الخاصة بعلاج الإدمان ، فهو غير ممثل فى إدارة المصحة أسوة بالإخصائى الاجتماعى ، كما أن وجوده فى لجنة الفحص ليس أساسيا ويغنى عنه وجود الإخصائى الاجتماعى .

٥ – استخدمنا فى هذه الورقة كلمة الإدمان أكثر من استخدامنا لكلمة الاعتماد ، مراعاة للسياق الذى ستقدم فيه ، ونظرا لأن كلمة الإدمان أكثر شيوعا واستخداما وتقبلا لدى الكثيرين ، وخاصة غير المتخصصين .

٦ – على غرار المؤتمر التعليمى الشهرى الذى يعقد فى دار الاستشفاء للصحة النفسية بالعباسية برعاية قسم علم النفس بكلية الآداب – جامعة القاهرة ، والذى يحضره أساتذة علم النفس الإكلينيكى بالقسم وطلاب دبلوم علم النفس وطلاب السنة الرابعة (الليسانس) ، وبعض خبراء الطب النفسى ، وبعض أطباء المستشفى والإخصائيين النفسيين والاجتماعيين فيه.

ثبت المصطلحات

A

- Abuse	تعاطى
- Addiction	ادمان
- Addicts	مدمنون
- Adjustment	توافق
- Alcohol	كحوليات (خمور)
- Amphetamines	امفيتامينات
- Anxiety	قلق
- Assertive behavior	سلوك توكيدى
- Assessment	فحص (تقدير)
- Aversion	تنفير
- Aversive Conditioning	تشريط تنفيرى

B

- Base Line	خط الأساس
- Behavioral deviences	انحرافات سلوكية
- Behavirorism	سلوكية
- Behavior modification	تعديل سلوك
- Behavior therapy	علاج سلوكى

C

- Cannabis	قنب (حشيش)
- Chronic	مزمن
- Chronicity	إزمان
- Classical conditioning	تشريط كلاسيكى
- Client	عميل (مسترشد)
- Client centered counseling	إرشاد متمركز حول العميل
- Cocaine	كوكايين
- Cognitive learning	تعلم معرفى

- Communication	تخاطب (تواصل)
- Correlation	اقتران (ارتباط)
- Counseling	ارشاد نفسى
- Counseling Psychologist	اخصائى الارشاد النفسى
- Cues	هاديات
- Curiosity	حب الاستطلاع (الفضول)

D

- Deep muscle relation	استرخاء عضلى عميق
- Delinquency	جُناح
- Delinquents	أحداث جانحون
- Dependency	اعتمادية
- Depression	اكتئاب
- Deterioration	تدهور
- Detoification	إزالة التسمم
- Directive counseling	ارشاد مباشر
- Discrimination	تمييز
- Drug abuse	تعاطى المخدرات

E

- Education	تربية
- Educational guidance	توجيه
- Entertainment	تسلية (ترفيه)
- Epidemiological Researchs	بحوث وبائية (انتشارية)
- Evaluation	تقييم (تقويم)
- Experimentation	تجريب
- Extinction	انطفاء (إخماد)

F

- Feedback	عائد حيوى (مردود)
- Feild theory	نظرية المجال
- Follow up	متابعة
- Fraternal twins	توائم أخوية (غير متماثلة)
- Free association	تداعى حر
- Frustration	إحباط

G

- Generalization	تعميم
- General orientation	توجه عام
- General Practioners	ممارسون عموميون
- Genetic counseling	ارشاد وراثى
- group counseling	ارشاد ،جمعى
- groups at risk (risk groups)	جمعات (هشة) مستهدفة
- Guidance	توجيه

H

- Hallucinogens	مهلوسات (مواد مهلوسة)
- Heroin	هيروين
- Hospitalization	إقامة بالمستشفيات
- Hyponotics	منومات

I

- Identical twins	توائم متماثلة
- Immediate	مباشر
- Indirect counseling	إرشاد غير مباشر
- Individual counseling	ارشاد فردى
- Inhalants	مستنشقات

L

- LSD 25	
- Long term	

M

- Maladaptive	سيئ التوافق (سيئ التكيف)
- Marital Counseling	ارشاد زواجى
- Marjuana	ماريوانا
- Measurement	قياس
- Medical educator	موجه طبى

V

- Mental Retrdation	تأخر عقلى
- Modelling	محاكاة (نمزجة)
- Moral guidance	توجيه أخلاقى
- Motiviation	دافعية

N

- Natural narcotics	مخدرات طبيعية
- Neurotics	عصابيون
- Non - medical use	استعمال غير طبى

O

- Occupational guidance	توجيه مهنى
- Operant conditioning	تشريط إجرائى (فعّال)
- Opium	أفيون

P

- Prevention	وقاية
- Primary prevention	وقاية من الدرجة الأولى
- Prognosis	مآل
- Psychoactive substances	مواد نفسية مؤثرة فى الأعصاب
- Psychoanalysis	تحليل نفسى
- Psychodrama	دراما نفسية (تمثيل مسرحى)
- Psychological disorders	اضطرابات نفسية
- Psychologists	اخصائيون نفسيون
- Psychosomatic	نفسجمى
- Psychotherapy	علاج نفسى
- Psychotics	ذهانيون
- Punishment	عقاب

Q

- Questionnaire	استبيان (استخبار)

R

- Rehabilitation	تأهيل
- Reinforcement	تدعيم (تعزيز)

- Relapse	انتكاس
- Role playing	لعب الدور

S

- Secondary prevention	وقاية من الدرجة الثانية
- Sedatives	مهدئات
- Self concept	مفهوم الذات
- Self esteem	تقدير الذات
- Self image	صورة الذات
- Self management	الرعاية الذاتية
- Self report	تقرير ذاتى
- Sexual desire	رغبة جنسية
- Smoking	تدخين
- Social guidance	توجيه اجتماعى
- Socialization	تنشئة اجتماعية
- Social learning	تعلم اجتماعى
- Social skills	مهارات اجتماعية
- Social workers	اخصائيون اجتماعيون
- Stimulants	منشطات
- Stress	مشقة
- Sub - clinical groups	جماعات تحت اكلينيكية
- Substances	مواد
- Sugestability	قابلية للاستهواء (الإيحاء)
- Synthetic drugs	عقاقير (أدوية) مصنّعة

T

- Team work	فريق عمل
- Tertiary prevention	وقاية من الدرجة الثالثة
- Theraputic counseling	إرشاد علاجى

V

- Vicarious learning	تعلم بالعبرة
- Volatile substances	المواد (المذيبات) الطيارة

W

- Withdrawal symptoms	أعراض انسحابية
- World Health Organization (WHO)	منظمة الصحة العالمية

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

دار غريب للطباعة
١٢ شارع نوبار (لاظوغلي) القاهرة
ص.ب (٥٨) الدواوين ت ٣٥٤٢٠٧٩

الوقاية من تعاطى المخدرات

هذا الكتاب

يناقش هذا الكتاب واحدة من أخطر مشكلات العصر التى تواجه العديد من المجتمعات ألا وهى مشكلة تعاطى المخدرات وإدمانها والتى تستهدف شباب الأمة وتعطيل إمكانياتها وتعوق تنميتها وتقدُّمها .

ويشمل الكتاب تقريرا موسعًا حول بيان حجم المشكلة وطرق الوقاية من المخدرات ودور الإرشاد الطلابى ووظائفه وما يمكن أن يقوم به المرشدون الطلابيون فى الوقاية من تعاطى المخدرات .

والكتاب بحق يوصى المجتمعات أن تحاول جاهدة مواجهة هذا الوباء حفاظا على شبابها وثرواتها وقيمها وأن تتعاون الشرطة والجيش والسلطة التشريعية ورجال الجمارك والمؤسسات التربوية والصحية والنفسية والاجتماعية ودور العبادة فى مواجهة هذا الخطر والقضاء عليه .

